



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS



PROMOÇÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E DOS LAÇOS AFETIVOS ENTRE DOENTE DE ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADO E A FAMÍLIA

SEGUNDO CICLO DE ESTUDOS EM GERONTOLOGIA

RAMO GERONTOLOGIA DA SAÚDE

Carla Felícia Pires

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Maio de 2016

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE
PORTALEGRE**

**PROMOÇÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E DOS
LAÇOS AFETIVOS ENTRE DOENTE DE ALZHEIMER
INSTITUCIONALIZADO E A FAMÍLIA**

**SEGUNDO CICLO DE ESTUDOS EM GERONTOLOGIA
RAMO GERONTOLOGIA DA SAÚDE**

Carla Pires

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Maio de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que estiveram ao meu lado, que partilharam comigo momentos de desânimo, de compreensão e apoio incondicional, tantas vezes necessário ao longo deste percurso.

Dedico, ainda a todos os Doentes de Alzheimer e seus familiares que tiveram a amabilidade de partilhar comigo alguns momentos tão intensos e especiais.

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração do presente trabalho contei com o apoio de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o meu agradecimento:

Agradeço ao Professor Raúl Cordeiro pelo apoio e orientação para a realização deste trabalho;

Agradeço ao Professor Doutor Alexandre Martins pela sua colaboração.

Ao Enfermeiro Celso Silva pela sua orientação para a elaboração da entrevista, bem como o Dr. Manuel Sardinha

Agradeço à equipa da Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior, às famílias e aos utentes pela forma como se disponibilizaram em participar no estudo.

Agradeço ao Duarte Salgueiro, à Telma Alves e a todos os meus amigos pelo apoio.

Obrigada pelo precioso contributo.

Carla Pires

RESUMO

O presente trabalho descreve um projeto de intervenção direcionado para a Promoção das Relações Familiares e dos Laços Afetivos entre Doentes de Alzheimer Institucionalizados e a família. Foi executado no Lar de Santa Beatriz - Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior.

Intitula-se: “Promoção das Relações Familiares e dos Laços Afetivos entre Doentes de Alzheimer e a Família”.

Este estudo assenta num percurso de investigação-ação e procura contribuir de algum modo promover as relações familiares e os laços afetivos com a família e os Doentes de Alzheimer em situação de institucionalização.

A família assume particular importância na qualidade de vida e bem-estar emocional e psicológico destes doentes.

Ao longo da prática foram definidos alguns objetivos: Promover as relações familiares entre utente/ família; Mediar conflitos, situações de cansaço e sobrecarga familiar; Informar/ formar a família sobre as razões que levam o idoso a ter determinado comportamentos e rotinas que conduzem a família e os cuidadores à exaustão e a comportamentos indevidos; Avaliar qual o tipo de relação que existia entre idoso e família antes da doença e da institucionalização; Avaliar a frequência das visitas e o grau de proximidade entre família e idoso; Perceber junto do idoso e da família as causas que conduzem ao afastamento; Responsabilizar a família na repartição de tarefas de lazer; Informar a família que o idoso necessita de afeto, carinho e de amor para obter mais qualidade de vida.

Para concretizar estes objetivos foi delineado um plano de ação com sessões de sensibilização direcionadas aos familiares / cuidadores. O trabalho assenta em práticas de investigação com conhecimentos teóricos e metodológicos que foram imprescindíveis no plano de ação.

Com o desenvolvimento do tema foi possível confirmar a importância que tem as relações familiares positivas e os afetos na vida dos Doentes de Alzheimer.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Relações Familiares; Laços Afetivos

ABSTRACT

This paper describes an intervention project aimed for the Promotion of Family Relations and Affective ties between Institutionalized Alzheimer's Patients and the family. It was executed in the Care home of Santa Beatriz - Santa Casa de Misericórdia in Campo Maior. It is entitled "Promotion of Family Relations and Affective ties between Alzheimer's patients and the family."

This study is based on a course of action-research and seeks to contribute in some way to promote relations of family and emotional ties within the family and Alzheimer's patients in an institutionalizing situation.

The family is particularly important in the quality of life and emotional and psychological well-being of these patients.

Throughout practice some objectives were defined: To promote family relationships between user / family; Mediating conflicts, fatigue situations and family burden; Inform / educate the family about the reasons why the elderly have certain ways of behaviour and routines that lead to family and caregivers to exhaustion and improper behaviour; Assessment of what type of relationship that existed between elderly and family before the illness and institutionalization; To assess the frequency of visits and the degree of closeness between family and elderly; Perceiving with the elderly and the family the causes leading to withdrawal; Responsibility of the family in the distribution of leisure tasks; Informing the family that the elderly need affection, care and love to have a better quality of life.

To achieve these goals a plan of action has been defined with awareness sessions targeted at families / caregivers. The work is based on research practices with theoretical and methodological knowledge which were essential in the action plan.

With the theme of development it was possible to confirm the importance of positive family relationships and the effect on the lives of Alzheimer's patients.

Keywords: Alzheimer's disease; Family relationships; Affective ties

ABREVIATURAS

[AP] - Afeto Positivo

[NA] - Afeto Negativo

[DA] - Doença de Alzheimer

[QV] - Qualidade de Vida

[DCL] - Défice Cognitivo Ligeiro

[AVD's] - Atividades de Vida Diárias

[AAN] - Academia Americana de Neurologia

[CDR] - Clinical Dementia Rating

[GDS] - Global Deterioration Scale

[MMSE] - Mini Mental State Examination

[6CIT] - Six Item Cognitive Impairment Test

[BLS-D] - Escala de Demência

[BLS I] - Escala de Informação

[BLS-M] - Escala de Memória

[BLS-C] - Escala de Concentração

[EDG] - Escala de Deterioração Global

[CPS] - Cognitive Performance Scale

[NA] - Afetos Negativos – ver ordem e os que não estão

[SNC] - Sistema Nervoso Central

[OMS] - Organização Mundial de Saúde

INDICE

INTRODUÇÃO.....	7
PARTE I.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1. DOENÇA DE ALZHEIMER	9
1.2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER	9
1.3. ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA.....	9
1.4. ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM	10
1.5. ALTERAÇÕES DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS	11
1.6. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO E DOENÇA DE ALZHEIMER	11
1.7. INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	12
1.8. VANTAGENS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE	14
1.9. INFORMAR O DOENTE DE ALZHEIMER SOBRE O DIAGNÓSTICO	14
2. AFETIVIDADE.....	16
2.1 CONCEITO DE AFETIVIDADE	16
2.2 AFETOS POSITIVOS E AFETOS NEGATIVOS.....	18
3. A FAMÍLIA.....	21
3.1 CONCEITO DE FAMÍLIA E AS DIFERENTES CONCEÇÕES	21
3.2 A FAMÍLIA E OS LAÇOS AFETIVOS.....	22
3.3 SENTIMENTOS DE PERDA NOS IDOSOS	23
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	27
1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA.....	27
1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA /QUESTÃO DE PARTIDA	27
1.3 JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO OBJETO DE ESTUDO.....	28
1.4 EXPOSIÇÃO DOS OBJETIVOS	29
2. EXPOSIÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS.....	31
2.1 TIPO DE ESTUDO	34
2.2 MATERIAIS.....	35
2.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	35
2.4 TERRENO DE PESQUISA.....	35
2.5 POPULAÇÃO - ALVO.....	36

2.6 AMOSTRA	36
CAPÍTULO III.....	38
1. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	38
1.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	38
1.2 DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA	38
1.3 PROGRAMAÇÃO	39
1.4 PLANO DE SESSÃO – AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO	41
PARTE II.....	43
CAPÍTULO I.....	43
1. RECOLHA DE DADOS	43
1.1 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	44
1.2 PROCEDIMENTOS	45
1.3 TRAMAMENTO DE DADOS	45
CAPITULO II.....	46
1. TRATAMENTO DE DADOS	46
PARTE III.....	77
CAPÍTULO I.....	77
1. DISCUSSAO DOS RESULTADOS	77
CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA.....	88
ANEXOS PARTE I.....	94
ANEXO I.....	95
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	95
CONSENTIMENTO INFORMADO	96
ANEXO III	97
QUESTIONÁRIO MINI MENTAL STATE EXAMINATION	97
ANEXO IV.....	100
GUIÃO DE ENTREVISTA	100
GUIÃO DE ENTREVISTA	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS PARTE II	104
ANEXO I	105
FICHA DE AVALIAÇÃO	105

Indicie de Tabelas

Tabela 1 Plano de Sessão – Ações de Sensibilização.....	42
Tabela 2 Distribuição dos utentes por idade	46
Tabela 3 Distribuição dos utentes por sexo	47
Tabela 4 Distribuição dos utentes por escolaridade	47
Tabela 5 Distribuição dos utentes por estado civil	48
Tabela 6 Distribuição dos utentes por profissão.....	48
Tabela 7 Distribuição dos utentes com défice cognitivo	49
Tabela 8 Distribuição dos cuidadores por sexo.....	49
Tabela 9 Distribuição dos cuidadores por estado civil.....	50
Tabela 10 Distribuição dos cuidadores por grau de parentesco.....	50
Tabela 11 Distribuição do cuidador por profissão	51
Tabela 12 Distribuição do cuidador por habilitações literárias.....	51
Tabela 13 Relação com o familiar antes da Institucionalização	52
Tabela 14 Principais motivos da Institucionalização do familiar	53
Tabela 15 Vive a que distância da Instituição	54
Tabela 16 Visitas ao Familiar	54
Tabela 17 Duração das Visitas	55
Tabela 18 O que faz durante a visita	56
Tabela 19 Costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição.....	57
Tabela 20 Quais as razões para não levar o familiar a passear fora da Instituição	58
Tabela 21 Quantas vezes por ano o familiar sai da Instituição.....	58
Tabela 22 O contacto que mantém com o familiar será suficiente?	59
Tabela 23 Após a institucionalização, o familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos.....	59
Tabela 24 Com que frequência o familiar visita a casa dos parentes.....	60
Tabela 25 Classificação da relação com o familiar	60
Tabela 26 Razões para a classificação da relação com o familiar	61
Tabela 27 Qual o sentimento que expressa a relação com o familiar	62
Tabela 28 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar	62
Tabela 29 De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar.....	63
Tabela 30 Como era a relação com o seu familiar antes da Institucionalização.....	64
Tabela 31 O que faz durante a visita	65
Tabela 32 Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição	66
Tabela 33 Como classifica a relação que tem com o seu familiar	67
Tabela 34 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar.....	68
Tabela 35 Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do familiar	69
Tabela 36 Com que frequência visita o seu familiar	70
Tabela 37 Costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição.....	70
Tabela 38 Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos.....	71

Tabela 39 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar	72
Tabela 40 Quais os motivos que levaram a institucionalização do familiar	73
Tabela 41 Como classifica a relação com o familiar	74
Tabela 42 Relação com o familiar antes da Institucionalização	74
Tabela 43 Vive a que distância da Instituição	75
Tabela 44 Situação económica da família influencia a relação de proximidade e o número de visitas ao familiar	76
Tabela 45 Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do seu familiar	106
Tabela 46 Com que frequência visita o seu familiar	107
Tabela 47 Qual a duração da visita.....	108
Tabela 48 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	109
Tabela 49 O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente ..	110
Tabela 50 Costuma levar o seu familiar passear forma da Instituição.....	111
Tabela 51 Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos	112
Tabela 52 Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar	113
Tabela 53 Qual a Duração da visita	114
Tabela 54 De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar....	115
Tabela 55 O que faz durante a visita	116
Tabela 56 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	117
Tabela 57 Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição	118
Tabela 58 O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente ..	118
Tabela 59 Como classifica a relação que tem com o seu familiar	119
Tabela 60 Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar	119
Tabela 61 De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar....	120
Tabela 62 Com que frequência visita o seu familiar	121
Tabela 63 Vive a que distância da instituição	122
Tabela 64 Qual a duração da visita.....	122
Tabela 65 O que faz durante a visita	123
Tabela 66 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	124
Tabela 67 Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição.....	125
Tabela 68 Se não costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição, indique as razões	126
Tabela 69 O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente ..	127
Tabela 70 Com que frequência visita a sua família	128

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Gerontologia, optei por realizar um projeto de intervenção que de alguma forma fosse útil para a comunidade e para a instituição em causa.

Como temática principal e por razões que irei abordar ao longo do projeto, a minha escolha recaiu sobre a Doença de Alzheimer e as Relações Familiares e os Laços Afetivos entre a família e idoso institucionalizado.

A [DA] atualmente, é responsável por 50 a 60% do total de demências, afetando, 10 a 20% do total de idosos. No panorama europeu, existem 7,3 milhões de cidadãos com esta demência, sendo 90000, os casos registados em Portugal. (Instituto de Segurança Social, 2005). *“Em Portugal calcula-se que existam mais de 55 mil doentes, alguns deles ainda não diagnosticados”*. (Sérgio & Valença, 2003:7). Cada ano surge mais de 4,5 milhões de novos casos e, estima-se que, em 2040, existirão mais de 80 milhões de afetados por esta doença. (Falé, 2006). A [DA] suscita uma preocupação elevada, pois está inteiramente relacionada com défices cognitivos, em especial a memória (Falé, 2006).

A escolha do tema suscitou-me interesse, tendo em conta que o doente de Alzheimer apresenta comportamentos, que, devido à doença, leva a que os laços familiares e os vínculos afetivos entre a família e doente muitas vezes sofram alterações. A sobrecarga a que os cuidadores e familiares estão expostos e a exigência do cuidado é motivo de exaustão, o que conduz os familiares a um afastamento ou à rotura das relações familiares (Bidarra, 2013).

Nesse sentido pretendo compreender e avaliar as relações familiares e os laços afetivos entre doente de Alzheimer institucionalizado e a família.

Promover as relações familiares entre utente / família; mediar conflitos, situações de cansaço e sobrecarga familiar, (caso se verifique essa necessidade).

Informar / formar a família sobre as razões que levam o idoso a ter determinados comportamentos e rotinas que conduzem a família e os cuidadores à exaustão e a comportamentos indevidos.

Avaliar qual o tipo de relação que existia entre idoso e família antes da doença e da institucionalização.

Aferir a frequência das visitas e o grau de proximidade entre família e idoso; perceber junto do idoso (caso o seu estado o permita) e da família as causas que conduzem ao afastamento. Responsabilizar a família na repartição de tarefas de lazer e informar a família que o idoso necessita de afeto, carinho e de amor para obter mais qualidade de vida.

O plano de ação centra a sua intervenção na mudança de comportamentos na promoção das relações afetivas e das relações familiares. O projeto de intervenção será posto em prática na Santa Casa de Campo Maior com a colaboração do Gabinete Alzheimer M@ior, os seus utentes e familiares.

Como ponto de partida, existiu numa primeira fase uma pesquisa bibliográfica sobre a [DA] e as relações familiares, a afetividade e a família, bem como leitura e revisão bibliográfica de investigações realizadas até ao momento.

Para além da leitura de obras de diversos autores conceituados, foram analisados documentos de investigadores através da pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no Portal dos Psicólogos, em Revistas, em Livros, assim como fontes oficiais. Para tornar mais perceptível a leitura deste trabalho, optei por organizá-lo em duas partes que estão organizadas por capítulos.

As partes organizam-se por subtítulos. Na primeira parte, consta o enquadramento teórico, se faz uma referência à doença de Alzheimer, às manifestações clínicas, alterações da memória, alterações da linguagem, alterações neuropsiquiátricas, défice cognitivo ligeiro, Instrumentos de avaliação da [DA], as vantagens do diagnóstico precoce e por último, como informar o doente de Alzheimer do seu diagnóstico.

No segundo ponto da está descrito o conceito de afetividade e os afetos positivos e afetos negativos.

O terceiro ponto faz referência a família e às diferentes conceções, à família e aos laços afetivos e aos sentimentos de perda dos idosos.

No segundo capítulo, centra-se o enquadramento metodológico. Define-se o tema, apresenta-se o problema / questão de partida, justifica-se a pertinência do objeto de estudo, expõem-se os objetivos e justifica-se a metodologia e as técnicas de recolha de dados de forma pormenorizada.

No terceiro capítulo, consta a estratégia de intervenção, o diagnóstico da situação, a definição da estratégia, a programação e o plano de sessão.

A segunda parte é constituída por um capítulo que apresenta a recolha de dados, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e o tratamento de dados. Por fim, escreve pormenorizadamente os dados analisados na investigação através de quadros/ Tabelas.

A segunda parte do trabalho apresenta a discussão de resultados e as conclusões a que chegamos durante o período de investigação.

PARTE I

CAPÍTULO I

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. DOENÇA DE ALZHEIMER

A [DA] é a síndrome demencial mais prevalente, tipicamente, é considerada uma doença de idosos, que raramente ocorre antes dos 60 anos, embora atualmente estejam disponíveis tratamentos específicos que podem modular o curso da doença e amenizar os sintomas, não há cura. Geralmente, o primeiro sintoma da [DA] é a perda de memória episódica para eventos recentes, ocorrendo posteriormente afasia motora, a qual se manifesta por anomia, progride para afasia sensitiva, gerando dificuldades na compreensão e nas habilidades visuo-espaciais. Em contrapartida, o declínio da função executiva, a apraxia e as manifestações psiquiátricas, surgem tardiamente (Fortin, 2010).

1.2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Fontaine (2000), classifica os sintomas de [DA], como perturbações mnésicas; perturbações práxicas; perturbações de afasia; perturbações visuo-espaciais; perturbações das funções executivas e perturbações psicoafectivas.

Pereira (2013), classifica as manifestações clínicas da [DA], como perda de memória, distúrbios da linguagem e sintomas neuropsiquiátricos.

No entanto, a apresentação e avanço das manifestações clínicas da patologia são variáveis.

Segundo Ávila (2003), *Department of human health & human services, (2006), cit in Lucas et. al., (2013, pp.3)*, “a doença de Alzheimer apresenta uma grande diversidade de comportamentos e sintomas, sendo que os primeiros sintomas a surgir são os défices na capacidade da memória, os quais (...) influenciam a capacidade do paciente realizar as atividades de vida diárias, comprometendo assim a sua qualidade de vida”.

1.3. ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA

A [DA] pode expressar-se através de outros défices para além da memória, mas geralmente aqueles associados à memória são os primeiros a serem detetados (Pereira, 2013).

Starling (2012), refere que a principal característica que se evidencia nos estágios iniciais é o déficit de memória episódica para eventos recentes, o que ajuda a distinguir a [DA] de outras condições neuro-degenerativas.

Para Fontaine (2000), o tipo de perturbações amnésicas apresenta sintomas como a memória do trabalho; memória episódica; quedas dos desempenhos; reconhecimento, e recordação indiciada.

Na memória episódica, as pessoas parecem não ter dificuldades em se lembrarem de acontecimentos distantes, mas podem-se esquecer, por, exemplo, do que fizeram à cinco minutos antes (Oliveira, 2005).

As lembranças de acontecimentos antigos, apesar de não serem muito afetadas, tendem a interferir com atividades atuais, isto leva a que a pessoa com [DA], execute rotinas do passado, que já não fazem sentido. Já a memória semântica, remete para a memória do significado das palavras. A memória de procedimento [DA] é responsável por conduzir os nossos atos, tanto física como mentalmente, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, ou jogar xadrez, e pode originar dificuldades em efetuar rotinas, tais como vestir, lavar e cozinhar (Oliveira, 2005).

1.4. ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM

Os distúrbios da linguagem nos doentes com [DA], baseiam-se na afasia, apraxia e deficiências visuo-espaciais (Pereira, 2013).

As perturbações práxicas caracterizam-se por apresentar incapacidade de produzir um gesto a partir de uma ordem ou de um modelo, incapacidade de reproduzir um desenho, ou incapacidade de se vestir. As perturbações de afasia definem-se como a perda de vocabulário, perda de sintaxe e incompreensão. Outro sintoma muito comum à [DA] é a diminuição das capacidades visuo-espaciais, em que os défices processuais, como a desorientação visual, podem ser bem evidentes no estágio inicial da doença (Fontaine, 2000).

As perturbações visuo-espaciais centram-se na perda da orientação espacial e dificuldade de identificação visual (reconhecimento dos rostos e dos locais). (Fontaine, 2000). A nível visual, os doentes de Alzheimer podem perder a capacidade de entender imagens visuais, têm dificuldade em entender o que veem devido às mudanças a nível cerebral, apresentando ainda alterações quanto à perceção da profundidade. Quanto aos sentidos, a [DA] pode motivar a sua deterioração, causando dificuldades no sujeito relativamente à avaliação daquilo que vê, ouve, prova, e sente, apesar dos órgãos que lhes correspondem estarem bem conservados (Oliveira, 2005).

No que concerne ao olfato, esta patologia leva a uma diminuição da capacidade olfativa. Outras sensações podem igualmente, tornar-se difíceis de interpretar, como as de calor, frio

e desconforto. No que concerne ao paladar, este pode ser seriamente afetado, causando a incapacidade de discernimento, o que os leva a colocar coisas perigosas e inapropriadas na boca. Contrariamente aos sentidos referidos, a audição pode ser preservada, o que não impede que possa surgir uma incapacidade de interpretar criteriosamente o que é escutado. (National Institute on Aging, 2006, cit in Oliveira et., al., 2005).

1.5. ALTERAÇÕES DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Nos distúrbios do afeto ou do humor, inclui-se a depressão como sintoma comum na demência, embora a sua prevalência varie em função do tipo de demência (Pereira, 2013).

Nas psicoses incluem-se as alucinações e os delírios. As alucinações mais comuns são as visuais, seguidas das auditivas e raramente são “olfativas”, enquanto, que “os delírios não têm relação óbvia com a função cognitiva ou com o nível de progressão da doença”. Doentes com alucinações têm um declínio cognitivo mais acentuado.

Para o autor, as mudanças na personalidade estão incluídas, a apatia, afastamento social e desinibição, que podem estar ou não, associadas à depressão.

No entanto a maioria das mudanças comportamentais ocorre nos casos de [DA] moderada a grave, podendo incluir: agressão verbal e física, vagueio, agitação, comportamento sexual inadequado, não cooperação, incontinência urinária, distúrbios da alimentação, reações catastróficas, tentativas de automutilação, ansiedade e distúrbios do sono (Pereira, 2013).

Segundo o mesmo autor (2013, pp:12), *“os sintomas neuropsiquiátricos estão presentes, durante a progressão da doença, em pelo menos 85% dos pacientes com Doença de Alzheimer. Estes dividem-se em: distúrbios do afeto ou do humor; psicoses; mudanças na personalidade, e mudanças comportamentais”*.

1.6. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO E DOENÇA DE ALZHEIMER

O envelhecimento é marcado pela presença de défices cognitivos que devem ser avaliados para impedir a sua evolução para estados mais graves incluindo o de demência. (Cancela, 2007).

O [DCL] descreve a transição entre o envelhecimento e a [DA] numa fase inicial. (Petersen, 2004). *“Pode também ser definido como um declínio cognitivo maior do que o estipulado para a idade e escolaridade de um indivíduo, mas que não interfere consideravelmente com as suas atividades de vida diárias [AVD’s] ”* (Petersen, 1999, cit in Magalhães, 2007, pp. 2). *“A maioria destes indivíduos podem evoluir para um estado de*

demência mais propriamente para a [DA] ”. (Magalhães, 2007, pp.8). O [DCL], como situação prodrômica de [DA], está reservada, maioritariamente aos idosos, que apresentam uma alteração da memória e cuja autonomia está preservada (Magalhães, 2007).

A área mais afetada no [DCL] é a aprendizagem e memorização de informações novas, alteração a nível de linguagem, capacidades visuo-espaciais ou de raciocínio, podendo nalguns casos haver uma dificuldade nas [DVDs]. (Spar, La Rue, 2005, cit. in Cancela, 2007).

O [DCL] pode ser heterogéneo segundo a apresentação clínica e a etiologia do estado. Na apresentação clínica, o défice apresenta-se sob a forma amnésica; [DCL] de múltiplos domínios e [DCL] de domínio único não da memória. Segundo a forma amnésica pode-se afirmar que: é a mais comum; quando se encontra numa base degenerativa, a grande maioria dos casos progredirá para [DA]; a memória é afetada num grau significativo. O [DCL] de múltiplos domínios: revela um ligeiro défice das [DVD`s]; pode progredir para [DA], demência vascular ou envelhecimento normal. O [DCL] de domínio único, apresenta um défice relativamente isolado num único domínio, não relacionado com a memória tal como a função executiva, o processamento visual – espacial ou a fala, podendo progredir para demência frontotemporal, demência dos corpos de Lewy, afasia progressiva primária ou demência vascular (Petersen, 2004).

Segundo Castro Caldas & Mendonça (2005), cit in Cancela (2007) de acordo com os critérios da Mayo Clinic Alzheimer, existe [DCL] se houver queixas de memória por parte da família, doente ou médico; [AVD`s] normais; função cognitiva geral normal; alteração objetiva numa área do funcionamento cognitivo; pontuação de 0,5 na *Clinical Dementia Rating* [CDR] e, ausência de demência.

1.7. INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

O uso de escalas de classificação tem sido alvo de uma grande discussão no que diz respeito a estudos sobre o [DCL]. Se por um lado alguns estudos definem o [DCL] usando critérios específicos - como os apresentados pela Clínica Mayo; pela Universidade de Washington, Nova Iorque, Columbia e Michigan; por estudiosos de Toronto, Seattle e França e pelo Massachusetts General Hospital, outros estudos equacionam os estádios cognitivos segundo escalas de classificação com [DCL].

Uma escala popular para analisar a gravidade da doença é a *Clinical Dementia Rating* [CDR]. Esta escala pode ser aplicada usando uma entrevista semiestruturada que inclua componentes do estado mental, e/ou como escala de classificação da gravidade após ter sido feito o diagnóstico clínico. A *Global Deterioration Scale* [GDS] é outra escala utilizada para classificar a gravidade de sujeitos normais e dementes (Petersen, 2004).

Tendo sido elaborado por Folstein et al. (1975), o Mini Mental State Examination [MMSE] é a escala mais utilizada mundialmente como forma de avaliação do funcionamento cognitivo (Apóstolo, 2012). Este teste constitui um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, pois possibilita o despiste do [DCL] de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010).

Permite avaliar a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, onde cada resposta correta é cotada com 1 ponto. A sua cotação geral varia entre 0 e 30 valores, a partir dos quais se considera com défice cognitivo os seguintes: analfabetos: ≤ 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos; escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos (Sequeira, 2010).

Outro teste que pode ser utilizado e que prima pela sua simplicidade é o teste do relógio. Este consiste em solicitar ao indivíduo o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora, sem mencionar a necessidade de ponteiros. O teste é considerado completo quando a pessoa desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos e os ponteiros marcando a hora pedida. Não é um teste cronometrado e pode ser repetido as vezes que forem necessárias (Apóstolo, 2012). Este teste avalia funções cognitivas como: memória semântica, função executiva, linguagem, praxia e, função visuo – espacial. O Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT] foi desenvolvido em 1983 e os seus resultados superam o [MMSE] pois demonstra ser mais sensível e específico para avaliar a demência ligeira. É composto por seis perguntas simples, não culturais e que não exigem uma interpretação complexa (Apóstolo, 2012).

As Escalas de Avaliação de Blessed são uns dos instrumentos utilizados para a avaliação de alterações funcionais e emocionais em pacientes com demência, pretendem avaliar mudanças no desempenho das [AVD's], nos hábitos, na personalidade e nos interesses e motivações do utente examinado.

Segundo mesmo autor, Escala de Deterioração Global [EDG] para avaliação de demência degenerativa primária foi desenvolvida por Reisberg, em 1982 e pretende caracterizar esta demência classificando-a em sete estágios: estágio 1 – normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de défice cognitivo; estágio 2 – declínio cognitivo muito leve; estágio 3 – declínio cognitivo leve, com evidência de défice cognitivo; estágio 4 – declínio cognitivo moderado; estágio 5 – declínio cognitivo moderadamente grave; estágio 6 – declínio cognitivo grave, onde os défices interferem nas [AVD's]; estágio 7 – declínio muito grave, onde os défices interferem em todas as [AVD's]. (Apóstolo, 2012).

Apóstolo (2012) refere outra escala que avalia a demência é a Dementia Rating Scale, apresentada por Mattis em 1988 e que consiste na apresentação de cinco subescalas: atenção, iniciativa/perseveração, construção, conceituação e memória. Finalmente, a Avaliação Cognitiva de Montreal também foi desenvolvida como instrumento para o rastreio

do [DCL] e permite o acesso a diferentes domínios cognitivos como a atenção e concentração, as funções executivas, a memória, a linguagem, as capacidades visuo-construtivas, a capacidade de abstração, o cálculo e a orientação (Apostolo, 2012).

1.8. VANTAGENS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

O diagnóstico precoce é importante para a [QV] futura dos pacientes e dos seus familiares. É inquestionável a importância dos sintomas clínicos para o diagnóstico precoce, uma vez que não existe um exame analítico ou biomarcador que diagnostique a doença de uma forma rápida e inequívoca (Leite, 2008).

Quanto mais cedo se detetar a doença, maior será o sucesso terapêutico. Para isso, é muitas vezes crucial valorizar as informações de familiares, referindo que o doente se esquece de factos recentes, de nomes pessoais e de palavras correntes. Perde-se num lugar conhecido e não tem consciência de tudo isto, porque é possível que sejam características do início da doença (Leite, 2008).

Segundo Magalhães (2007,pp.10), existem outros benefícios a nível prático, como:

“uma oportunidade de construir a equipa médica adequada; a possibilidade de planear o futuro, a nível financeiro, de reforma, e familiar enquanto o paciente ainda for capaz de tomar decisões; a oportunidade de acesso aos programas e aos serviços como instituições médicas e associações de apoio, cuidado, e suporte aos pacientes com [DA]; a possibilidade de participar nos estudos de medicamentos experimentais ou de outros tratamentos; criar estratégias e/ou procurar auxílio necessário para assegurar uma segurança adicional, na medida em que os indivíduos com [DA] se vão tornando cada vez mais vulneráveis em vários aspetos”.

1.9. INFORMAR O DOENTE DE ALZHEIMER SOBRE O DIAGNÓSTICO

Atualmente há cada vez mais pessoas a serem informadas do seu diagnóstico, devendo-se a um maior conhecimento da doença (Leitão & Guimarães, 1999).

No entanto, considera-se, geralmente, que todos deveriam ter o direito e ser-lhes dada a oportunidade de decidir se preferem tomar conhecimento ou declinar este direito (Oliveira, 2005).

“Quando a pessoa sabe que tem demência e compreende o que a rodeia, pode traçar os seus planos para a maior parte do tempo que lhe resta nos anos que se seguirão. Pode igualmente ter um papel ativo no planeamento do seu tratamento, arranjar alguém para cuidar de si, tomar decisões financeiras importantes, e mesmo decidir em participar dos processos de investigação na doença de Alzheimer, ou dar os passos necessários para oferecer o tecido cerebral para fins de investigação, depois de morrer” (Leitão & Guimarães, 1999,pp.31).

A melhor forma, para dar a notícia ao doente, ou ao cuidador é ser o médico assistente, assim, pode responder a perguntas que estes possam ter. A linguagem utilizada na explicação

médica deve ser de fácil compreensão para que não surjam problemas na interpretação do diagnóstico. Uma vez informada, a pessoa com demência pode necessitar de ajuda para lidar com os seus sentimentos de revolta, vergonha, medo e depressão. Alguns podem beneficiar de aconselhamento e de grupos de suporte, desde que a doença não esteja demasiado avançada (Oliveira, 2005).

2. AFETIVIDADE

2.1 CONCEITO DE AFETIVIDADE

O idoso deve ter a oportunidade de envelhecer de forma saudável, pelo que implica, que lhes sejam proporcionados cuidados em relação aos problemas de saúde mais normais nesta fase da vida, e que haja auxílio no reconhecimento das suas capacidades e necessidades específicas. Para além de um bom estado de saúde física, os idosos necessitam de respeito, segurança, de se sentirem ativos, de poderem expressar livremente os seus sentimentos, emoções, interesses, opiniões e experiências (Silva, 2012).

Definir o termo afetividade, não é uma tarefa fácil, existem múltiplas definições em manuais académicos, como nos referem os autores (D'Urso & Trentin, 2001, cit in Pinto, 2008), porém acredita-se que a afetividade possa ser representada como o conjunto de emoção e sentimento.

De modo geral, as emoções são tidas como “o estado psíquico cuja principal característica é o grau muito forte de sentimento” (Dorin, 1973, pp. 17, cit in Pinto, 2008), ou seja, vêm e logo desaparecem; enquanto os sentimentos são mais estáveis e permanecem. Sobre o mesmo tema, (Dorin, 1971, pp. 307-308, cit in Pinto, 2008) define que:

Os estados emocionais e sentimentais formam a afetividade. Por sentimento entende o estado afetivo brando, suave [...]. Assim, são os sentimentos de alegria, tristeza, júbilo, ódio, medo, raiva [...] Quanto às emoções são reações caracterizadas por um grau muito forte de prazer ou desprazer e por uma reação motora muito intensa [...]. Uma alteração brusca no ambiente provoca uma emoção e não um sentimento. Todavia, é preciso termos em conta que a reação afetiva depende do sujeito, em primeiro lugar.

Como dimensão afetiva, entende-se o agregado de sentimentos, emoções e afetos que se tem acerca de si mesmo, de objetos e experiências em particular, os quais resultam em uma valoração qualitativa: amor, paixão, alegria, tristeza entre outras.

Os Modelos Organizadores do Pensamento, procuram romper com o paradigma cartesiano clássico, em que, a essência é a divisão secular entre mente e corpo, razão e coração. Posto isso, pretende-se compreender o sujeito psicológico e suas dimensões constituintes; por exemplo, a cognição, a afetividade, a consciência e o inconsciente como partes inseparáveis, dinâmicas e complexas (Pinto, 2008).

Em concordância com o mesmo autor a afetividade e a cognição não se dissociam e estão em contacto enérgico no psiquismo do ser humano, ou seja, o homem é um produto ativo de processos intelectuais afetivos.

[...] acredita-se que as duas estruturas (afetividade e cognição) funcionem psicologicamente de maneira dinâmica e construtiva, como peças conjuntas de um processo único no funcionamento psicológico, sendo assim de pouco valor dividi-las em fragmentos dissociados entre si. Em cada experiência, o ser humano é cognitivo-afetivo ao mesmo tempo, estando em

proporções variáveis 'mais' afetivo ou 'mais' cognitivo, ou quem sabe ambas somadas. Ou seja, sendo inseparáveis" (Pinto, 2008, pp. 109).

Segundo a Teoria dos Modelos Organizadores do Pensamento entende-se que existe uma relação e conexão entre a afetividade e cognição, tal qual, um diálogo psicológico conjuntivo na elaboração do raciocínio humano (Pinto, 2008). Por conseguinte,

[...] os sentimentos e emoções têm um papel fundamental no processo de abstração e seleção dos dados, nos significados que o sujeito atribui nos mesmos, e nas implicações e/ou relações que estabelece entre elas" (Arantes de Araújo, 2000, pp. 62, cit in Pinto, 2008).

Em suma, podemos concluir que o autor defende a tese de que o ser humano pensa e sente e valoriza a coordenação de vários processos ou dimensões.

Para resumir, compreende-se o sujeito psicológico como...

[...] um ser que sente emoções, que sente fome, que vive imerso em relações com um universo objetivo e subjetivo, e que possui uma capacidade intelectual e afetiva que lhe permite organizar e interpretar essas relações com o mundo interno e externo (Araújo, 1999, cit in Pinto, 2008).

Entendidas as particulares da afetividade, não dá para separar os processos afetivos daqueles que são cognitivos. Pensa-se que o sujeito psicológico seja composto por um conjunto de processos cognitivo-afetivos, revelando tudo aquilo que o ser humano realmente é: as suas condutas, as suas atitudes, os seus feitos, os seus gostos, os seus prazeres, os seus temores, as suas fragilidades e assim sucessivamente. Além do que, por sua grande complexidade psicológica, acredita-se a afastar da memória psíquica o seu mundo interno, ou mundo subjetivo (a imaginação, as crenças, a criatividade de pensamento, os devaneios etc.).

De acordo com parágrafo acima descrito, podemos concluir, que a afetividade pode ser resumida como um conteúdo particular na organização psíquica do sujeito psicológico.

Com efeito..."Neste significado, a afetividade consegue englobar uma porção de estados de ânimo e, além do mais, englobando uma organização viva de significados e conteúdos psicológicos; como tristeza, amor, paixão, inveja, desesperança e outros mais (Pinto, 2008, pp. 83)".

A afetividade é a afinidade de carinho ou cuidado que se tem com alguém próximo, evidenciando sentimentos e emoções. Trata-se de algo indispensável em todos os seres humanos, de todas as idades, estando presente nas experiências empíricas vividas pelas pessoas, no seu relacionamento com os outros. Os idosos carecem de afetos e de os revelar, sem constrangimentos (Vygotsky, 2003, cit in Silva, 2012).

2.2 AFETOS POSITIVOS E AFETOS NEGATIVOS

Quando nos referimos aos afetos, importa realçar que existem duas dimensões: a positiva e negativa que fazem parte do conceito de *afetividade* estabelecido por (Watson, Clark & Tellegen cit in Correia, 2012).

O afeto positivo [AP] diz respeito aos sentimentos de entusiasmo, ativação e alerta, e o afeto negativo [NA] é descrito pelo sofrimento subjetivo, por sentimentos de raiva, culpa, nervosismo, medo, estados de humor complexos e também de uma vivência de envolvimento em diversas tarefas diárias que são vividas como sendo incómodas (Watson et al., 1988, cit Correia, 2012). O [AP] e o [NA] são dimensões muito abrangentes no modelo que caracteriza o humor. O [AP] associa-se à motivação de reconciliação, pelo que, para além de se associar à felicidade, associa-se também à motivação de aproximação de negativa em situações de irritação (Crawford, et al., 2009; Harmon-Jones, Harmon-Jones, Abramson & Peterson, 2009 cit in Correia, 2012).

Alguns autores consideram que o AP, a felicidade e a satisfação com a vida estão relacionados positivamente. Contrariamente, o afeto negativo mostra uma correlação negativa e significativa com a satisfação com a vida e com a felicidade (Singh & Jha, 2008, cit in Correia, 2008).

Por outro lado Silva, (2012) Refere que: as relações positivas com os outros, envolvem boas relações, ou seja, relações calorosas, satisfatórias e verdadeiras. Os indivíduos preocupam-se com o bem-estar dos outros e são capazes criar de relações empáticas, efetuosas.

Panagopoulo, Montgomery, Benos & Maes (2006) cit in Correia (2008), referem que existem pessoas que manifestam valores elevados de AN e apresentam níveis expressivos de insatisfação e ansiedade.

De acordo com Burns, Anstey & Windsor (2011) cit in Correia (2008) o [AN] elevado está relacionado com a sintomatologia depressiva e ansiosa, ao passo que, o [AP] reduzido está associado apenas à depressão.

O [NA] elevado é descrito por sofrimento subjetivo e o AN baixo caracteriza-se pela inexistência de intensidade afetiva. Em relação ao [AP] (envolvimento agradável com o ambiente), níveis altos representam os estados maníacos, e um [AP] baixo corresponde a apatia e tristeza.

Segundo alguns estudos (Crawford, et al., 2009; Watson et al., 1988, cit in Correia, (2008), embora níveis altos de [NA] e [AP] sejam indicativos de um eventual distúrbio, no [AP] deverá prestar-se atenção aos pacientes com níveis baixos (p. e., na anedonia verificam-se níveis baixos de [AP] próprio de estados depressivos).

A situação torna-se ainda mais grave quando o idoso tem que ir para uma instituição, permanecendo afastado do seu ambiente familiar habitual, circundado de pessoas estranhas e com a sensação de abandono, dependência e inutilidade (Silva, 2012).

No campo da afetividade, existem muitas variáveis sociodemográficas, que podem caracterizar os laços afetivos. A idade, o género e o estado civil são algumas das variáveis que interagem entre si na influência que têm na afetividade (Correia, 2008).

Acrescenta-se, ainda a institucionalização: sujeitos que não estão institucionalizados apresentam níveis superiores de afeto positivo. Quanto aos afetos negativos, não existem diferenças significativas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados (Esteves, 2003, pp.95, cit in Carneiro (2008).

Contudo, o gradual envelhecimento da população, associado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes e o facto dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser escassos para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio, têm provocado um aumento da procura dos Lares de Terceira Idade (Silva, 2012).

O internamento pode representar para o idoso uma mudança no seu padrão de vida e uma rutura com o meio com o qual se identificava, daí poderem surgir desequilíbrios. Podem ocorrer fatores negativos, com a institucionalização que é preciso evitar. Entre esses fatores negativos, evidenciam-se (Fernandes, 2000: 47, cit in Silva, 2012).

«(...) a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção do meio familiar e comunitário, o tratamento massificado, a vida autónoma e rotineira que trata todos os idosos de igual forma, sem ter em conta as diferenças de cada idoso. Tudo isto, pode conduzir à privação da liberdade do idoso».

Silva, (2012) reforça a ideia e refere que, a mudança de ambientes, de hábitos, perda de amigos e vizinhos, podem provocar uma carga emocional, provocando situações de stress e sofrimento. Nas instituições, nem sempre os técnicos, ou profissionais se encontram preparados para prestar apoio efetivo e, nem sempre estão dispostos a estabelecerem vínculos, o que provoca, no idoso, insegurança emocional. O idoso afasta-se, deixa de ter vontade de desenvolver atividades, mesmo de carácter lúdico, preferindo ficar o dia sentado numa cadeira ou no seu quarto e facilmente a solidão e a depressão se instalam.

A institucionalização, pode ser menos prejudicial do que se supõe, pois poderá ajudar a elevar a autoestima, desde que aumente as oportunidades de interação e papéis sociais adequados à pessoa idosa. As relações sociais são de grande importância para o bem-estar físico e mental na velhice. Não basta que o idoso tenha a oportunidade de conviver com outras pessoas, incluindo os membros da família, é preciso, também, que o idoso receba e possa demonstrar a sua afetividade (Silva, 2012).

Envelhecer (Monteiro 2002, cit in Silva, 2012), não envolve apenas a mudança e renovação de atitudes a nível físico e mental, mas também mudança a nível interpessoal, relacional, afetivo e emocional.

A afetividade é um sentimento que faz parte do ser humano, em todas as idades. Através da afetividade, a pessoa demonstra os seus sentimentos e emoções.

Qualquer indivíduo necessita de se relacionar com os outros, de comunicar, de receber e dar apoio emocional e afetivo. A afetividade surge, assim, como uma necessidade humana básica de afeto e de pertença. Trata-se de uma necessidade fundamental e inata na vida das pessoas, independentemente da idade e condição física.

Os afetos surgem como uma estratégia de promoção do seu envelhecimento bem-sucedido para as pessoas idosas. Logo, a pessoa idosa, como qualquer jovem, sente necessidade de exprimir os seus sentimentos.

Para evitar um quadro de isolamento, de solidão, de depressão é essencial enaltecer, na relação com o idoso, a forma de interagir e comunicar, pois ele possui singularidades e a sua necessidade de segurança afetiva é uma realidade que deve ser tida em consideração (*Ibidem*, 2012).

3. A FAMÍLIA

3.1 CONCEITO DE FAMÍLIA E AS DIFERENTES CONCEÇÕES

A família é uma reunião natural constituída por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade. Pode ser compreendida como uma unidade de pessoas em interação, um sistema semiaberto, com uma história natural constituída por vários estádios, sendo que, a cada um deles correspondem tarefas específicas por parte da família (Elsen, 2002; cit in Silva, 2013).

De certo modo, pode dizer-se que a família é constituída por pessoas que partilham sentimentos e valores, criam laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios. A agregação dos membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, baseia-se na intimidade, no respeito mútuo, na amizade, na troca e no enriquecimento conjunto e nela se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas (Elsen, 2002; cit in Silva, 2013).

A família, segundo, Beltrão (1989, pp. 17; cit in Silva, 2013) é, assim:

“ [...] um grupo social no qual os membros coabitam unidos por uma complexidade muito ampla de relações interpessoais, com uma residência comum, colaboração económica e no âmbito deste grupo existe a função da reprodução”. Nesta perspetiva a família é considerada como o primeiro grupo humano organizado e como a unidade-base da sociedade. Daí a importância que se tem dado à família. Tradicionalmente, os familiares definiam-se por “laços de sangue”.

Nesta perspetiva, realço dois dos significados mais comuns do termo família (Ramos, 2003; cit In Silva, 2013).

O primeiro termo de família, refere o grupo de parentes mais ou menos próximos, que não coabitam, mas que estão unidos por laços de sangue. Corresponde a uma rede de relações e de entreajuda entre casais e ou outras pessoas próximas (relações de vizinhança); O segundo termo de família, refere-se a uma unidade fechada, composta pelo casal e os filhos que vivem ou habitam sob o mesmo teto. Neste caso, subentende-se a existência de uma relação de afetividade entre todos (Silva, 2013).

Atualmente a palavra família aplica-se a diferentes realidades. Num sentido mais amplo, a família surge como o conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento ou pela filiação e num sentido mais estreito designa as pessoas aparentadas que vivem sob o mesmo teto, especialmente o pai, a mãe e os filhos (Flandrin, 1995; cit in Silva, 2013).

Ao analisar a família na perspetiva sistémica e comunicacional, não podemos deixar de ter em conta que, nas últimas décadas o conceito de família tem vindo a adquirir um âmbito muito mais vasto, porque novas tendências, novas configurações familiares têm permitido

novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros, sendo valorizada por alguns nos seus hábitos tradicionais e por outros no seu progresso moderno (Dias, 2011).

A família é um espaço privilegiado para aprendizagens, a interação e comunicação onde as emoções e afetos positivos ou negativos vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos aquela e não a outra família (Relvas, 1996; Alarcão, 2006, cit in Dias, 2011).

A família é o alvéolo da sociedade, em que o relacionamento interpessoal, assenta em ligações de confiança e no respeito mútuo (Concha, 2011).

A função mais importante da família é de proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros, mediante amor, atenção, interesse e compreensão.

De acordo (Kovier, 2003; cit in Concha; 2011) a parte afetiva transmite sentimentos de pertença e de identidade familiar. O autor realça que a função básica é a de proteger e garantir os cuidados quando necessários.

O doente de Alzheimer, possui características muito específicas e quando a família é confrontada com a doença de um dos seus membros todos os membros vão sofrer de ansiedade e stress. A doença constitui uma situação de mudança no seio família e implica um processo de reajustamento na sua estrutura e nos papéis que cada um assume (*Idem*, 2011).

3.2 A FAMÍLIA E OS LAÇOS AFETIVOS

Por vezes os idosos são maltratados, ignorados e abandonados. Os mais jovens olham para eles como inúteis e dispensáveis para a sociedade. Quando as pessoas já não possuem autonomia, são atingidos por doenças crónicas, o sentimento de inferioridade e inutilidade vai aumentando, o que faz com que os idosos interiorizem a ideia de que não fazem falta a ninguém, pensando na sua morte.

A frustração leva a que o idoso sinta falta de dignidade e sentimentos de pertença, desistindo da sua recuperação e da sua vida (Pereira, 2012).

Segundo o mesmo autor, o toque é algo benéfico, na medida em que, por vezes releva carinho e alivia o doente, transmitindo-lhe segurança, bem-estar e confiança. Torna-se essencial que o idoso sinta que o estamos a apoiar. A afetividade pode ser reconfortante (*Idem*, 2012).

Segundo (Margot, 2010; cit Pereira, 2012) é fundamental para estabelecer laços, combater o stress, desdramatizar situações e restabelecer a autoestima. Os idosos, na sua maioria apresentam alguma vulnerabilidade e dependência e só por si, têm mais necessidade de contactos e relações positivas, pelo que deve existir uma preocupação dos cuidadores e da família em reforçar os laços afetivos e sociais (Pereira, 2012).

A instabilidade das relações intergeracionais e das redes de suporte familiar e social, não resulta da perda de qualidade dos afetos entre os membros da família, resulta sim da falta das pessoas em construir relações familiares e estabelecerem laços afetivos continuamente.

As famílias devem ser incentivadas a manter os seus idosos no seu ambiente natural, dando-lhe apoio nas suas necessidades: as relações saudáveis são essenciais para um envelhecimento ativo e saudável. O ideal seria o idoso estar integrado na família e na comunidade, viver com o máximo de qualidade de vida possível e gozar da sua plenitude e dos seus direitos enquanto cidadão (Pereira, 2012).

Segundo o autor, no plano afetivo em relação ao idoso é fácil de compreender, se as relações familiares são fortes e saudáveis, constituem benefícios para o idoso, contrariamente se as relações são fracas e conflituosas, constituem um problema para a família e para o idoso.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004); cit in Pereira (2012), descrevem *“a família representa o lugar de aconchego, segurança, identidade, e lembranças, ainda que as relações e os conflitos se tornem difíceis, é ali que é o nosso Lugar”*.

Em minha opinião, contesto a ideia do autor, com a ideia que nos é descrita por (Concha, 2011), pois as necessidades do cuidado podem atravessar os limites do esforço físico, psicológico, social e económico e quando a avaliação e os cuidados familiares não conseguem encontrar alternativas viáveis, e quando os recursos familiares são insuficientes, assiste-se a uma desorganização familiar e individual, podendo trazer consequências negativas para a prestação de cuidados e para as relações familiares.

3.3 SENTIMENTOS DE PERDA NOS IDOSOS

Atualmente os idosos não ocupam um lugar muito ativo na nossa sociedade, passam a seres passivos ficando limitados a um papel mais secundário ou até mesmo desvalorizado.

Segundo Cardão (2009) cit in Pinhel (2011) *“a institucionalização é sempre um momento difícil, mais para uns do que para outros, pois o sentimento de perda é variável em função do sujeito da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face ao luto”* (pp.16).

Muitos idosos quando têm que deixar a sua casa acabam por se sentir “abandonados”, porque acham que os seus familiares estão a rejeitá-los e a empurrá-los para a institucionalização.

“À perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família depressa se juntam outras vivências de perda como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normalização e observância da sua conduta dentro da instituição (Cardão, 2009, pp.20, cit in Pinhel, 2011)”.

Como foi já referido, a institucionalização do idoso é uma realidade para todos aqueles que pelos diversos motivos se veem sujeitos a recorrer a este tipo de serviços. Por vezes a família não tem tempo para o idoso, pelo que a institucionalização é a alternativa mais acertada.

Segundo Born (2002) cit in Pinhel (2011) não existem programas adequados às necessidades dos idosos, principalmente se estes se encontram dependentes ou dementes, o que faz com que as famílias não tenham alternativa a não ser a institucionalização.

Imagínario (2004) cit in Pinhel (2011) entende a independência da pessoa idosa como: “a capacidade de realizar por si mesma a satisfação das suas necessidades e de realizar as suas atividades sem depender da ajuda de outras pessoas (pp.37) ”.

Netto (2002) cit in Pinhel (2011) refere que a institucionalização é a alternativa de último recurso à vida familiar para os mais frágeis e dependentes.

Assim sendo, a institucionalização, mesmo que seja desejada pelo idoso, ou por sugestão de familiares pode ser vista como um benefício, devido ao acompanhamento e à prestação de cuidados, principalmente se a doença implica cuidados mais especializados no que se refere às capacidades cognitivas dos idosos.

Costa (2002) cit in Pinhel (2011) refere que do ponto de vista psicológico, muitos dos idosos que aceitam a institucionalização, fazem-no devido à necessidade de procura de vínculos afetivos, de relações de apoio e de proteção, a com pretensão de viverem o resto dos seus dias em segurança e tranquilidade.

A família nem sempre pode cumprir com a função de cuidar dos mais idosos, situação que está também relacionada com a história de vida e com características individuais do idoso, desenvolvidas nas relações interpessoais construídas ao longo da vida, e que, em virtude das fragilidades decorrentes do envelhecimento, se tornam mais claras (Pinto, 2013).

A [DA] apresenta uma percentagem significativa, como sendo uma das causas da institucionalização. A deterioração cognitiva, os sintomas depressivos e os problemas psiquiátricos, constituem fatores de incapacidade cognitiva e dependência

Segundo Keith (1978) cit in Pinhel (2011) “a Europa Ocidental dos séculos XVI e XVII, a situação de dependência de muitas mulheres idosas originou uma série de tensões familiares e sociais” (pp. 24).

Torna-se Importa salientar que há instituições em que os idosos contam com uma voz amiga por parte dos cuidadores, com responsabilidade, profissionalismo, sobretudo com humanismo e dignidade. Contrariamente, ainda existem algumas famílias em que os idosos continuam a ser objeto de maus tratos, despejados em lares ou hospitais como “um empecilho”.

Pais (2006) in Pinhel (2011) menciona o facto de muitos idosos se sentirem abandonados, não suportando a vida, nem as ameaças que lhe são infligidas.

“O ingresso nos lares é feito por empurrão quando os familiares dos idosos decidem, prepotentemente, pelo seu internamento, ou mediante negociação quando os próprios idosos por viverem sós, por não quererem constituir-se um fardo para a família, ou porque estes não lhe prestam a ajuda pretendida, acolhem o internamento como inevitável ou mal menor (Pais, 2006, pp.146) ”.

Na sua maioria os idosos, veem a sua entrada nas instituições como uma rutura nos laços com a família, amigos e vizinhos. Contudo Pais (2006) in Pinhel (2011) realçam que *“ a frustração do internamento no lar é contrabalançada pela desculpabilização dos filhos em relação a possíveis ressentimentos ou recalcamentos por falta de apoio (pp. 146) ”.*

Para Born (2002) cit in Pinhel (2011) a qualidade das instituições depende das pessoas que (2002) que a constituem e que nela prestam serviços. Sabemos que existem tarefas importantes a cumprir, nomeadamente, a criação de um ambiente institucional favorável ao idoso, onde a vida deve ser valorizada, bem como a dignidade deverá ser reconhecida até a hora de partir.

Winnicott (2002) cit in Pinhel (2011) salienta que a instituição deve oferecer bom ambiente aos seus utentes para que se possa criar uma relação feliz e de forma harmoniosa, dentro e fora da instituição. O ambiente institucional deve ser adequado às necessidades emocionais da pessoa idosa, deve deixar que idosos possam manifestar a sua própria individualidade, só assim, o ambiente institucional pode oferecer segurança para que estes idosos não se sintam constrangidos, evitando desta forma possíveis sentimentos de solidão e abandono.

Na perspectiva de Born (2002) cit in Pinhel (2011) *” este tipo de ambiente é muitas vezes exacerbado pelo internamento de mais pessoas e pela fragilização dos mais antigos (pp. 173) ”.* Nestes casos, a instituição corre o risco de tornar-se um hospital de terceira linha ou pior, uma antecâmara da morte.

Desta forma, as perdas psicossociais que se surgem com a institucionalização, como é o caso de perda da própria casa, do meio familiar e social, junta-se a patologia dos vínculos institucionais, evidente pela falta de diálogo e de relações interpessoais.

No momento da institucionalização subsiste um grande sofrimento, pois o idoso vê-se confrontado com a separação dos seus familiares e o desenraizamento do seu meio ambiente. Importa também referir que, podem surgir alguns desassossegos por parte destes idosos quando são institucionalizados, nomeadamente, perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e o medo da forma como serão ou não tratados.

Melo & Neto (2003) cit in Pinhel (2011) mencionam que a institucionalização dos idosos nem sempre é a solução para combater a solidão, o sentimento de perda e a falta de afeto.

Bayle (2000) cit in Pinhel (2011) refere que os idosos ao se institucionalizarem sentem: *medo do desconhecido, dos maus-tratos, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica* (pp.187).

Netto (2002) cit in Pinhel (2011) conclui que a solidão e o isolamento social em meio institucional, agravam uma série de perdas ao nível da identidade e da autoestima, o que os leva a perder a vontade de viver.

PARTE I

CAPÍTULO II

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA

Mediante a pertinência da realização de um trabalho de investigação, surge a importância da escolha de um tema com interesse para o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Gerontologia.

Para satisfação pessoal do investigador enquanto realiza a investigação que lhe permitirá aumentar os seus conhecimentos específicos dentro de um tema que lhe suscite interesse e curiosidade e de acordo (Fortin, 1999, pp.33) “ *A etapa inicial do processo consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista da importância para a disciplina*”.

Ao encontro da visão descrita pelo autor, a escolha da problemática que pretendo abordar com este Projeto / Investigação prende-se com a minha vontade de obter mais conhecimentos sobre a [DA], com a vontade de intervir junto das famílias e dos doentes, com vista a promover as relações familiares e os laços afetivos.

As questões pessoais e familiares também contribuíram fortemente para a escolha desta temática, uma vez que acompanhei diariamente, durante anos, um familiar com [DA] e o seu cuidador informal. Ao longo do tempo percebi que os vínculos e os laços afetivos assumiam grande importância no cuidado. Motivos que me levaram à escolha do tema:

“Promoção das Relações Familiares e dos Laços Afetivos entre o Doente de Alzheimer Institucionalizado e a Família”.

1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA /QUESTÃO DE PARTIDA

A formulação da pergunta de partida deve conter os conceitos fundamentais do estudo, assim como a população a que se destina.” O Problema deve ser claro, objetivo, conciso e específico (...) como nos refere Filhos & Santos (2000, pp.26-27).

Para Fortin (1999,pp.374) o problema de investigação é: “*Um enunciado formal do objetivo de uma investigação, tomando a forma de uma afirmação, que implica a possibilidade de uma investigação empírica, que permite encontrar uma resposta*”. Fortin (1999, pp.40), ainda refere que as questões de investigação “*são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem as variáveis em estudo*”.

Segundo Fortin, Vissandjée & Côté (1999, pp. 48), cit in Almeida (2008) toda a investigação principia com uma pergunta de partida, uma problemática que causa irritação e que necessita de uma explicação ou compreensão do fenómeno observado.

Assim, a pergunta de partida deste trabalho de investigação é: *“Como promover as relações familiares e os laços afetivos entre doente de Alzheimer institucionalizado e Família?”*.

1.3 JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO OBJETO DE ESTUDO

A escolha desta problemática é muito importante, pois a [DA] é atualmente, responsável por 50 a 60% do total de demências, afetando, 10 a 20% do total de idosos. No panorama europeu, existem 7,3 milhões de cidadãos com esta demência, sendo, 90000 os casos registados em Portugal. (Instituto de Segurança Social, IP, 2005).

Com o processo de envelhecimento a ocorrer no âmbito da família, torna mais claro as relações familiares, pois é no seio da família que se esboça e fundamenta a socialização individual (Osório, 1996).

Para o mesmo autor, a família constitui para o idoso o seu espaço natural, no entanto, é possível que as mudanças no processo de envelhecimento influenciem todas as gerações envolvidas, pois é, no âmbito familiar, que coexistem as relações afetivas e sentimentos que circulam desde a família até o idoso e vice-versa.

Ao examinarmos a família na perspetiva sistémica e comunicacional temos que ter em conta, que nas últimas décadas o conceito de família tem vindo a adquirir maior abrangência. Surgiram novas tendências, novas configurações familiares que têm permitido novas conceções de família e organização da vida dos seus membros, sendo valorizada por alguns nos seus costumes tradicionais e por outros no seu progresso moderno (Dias, 2011).

As novas conceções de família, as novas composições e funções, as variações nas relações, a estabilidade, a diferente organização, e a saída da mulher de casa para trabalhar fora e ter uma atividade económica, ou participar noutras ações sociais e políticas, foram resultados herdados pela mudança, logo a prestação de cuidados familiares deixou de ser um primado da mulher e da família (Dias, 2011).

De acordo com mesmo autor, foram os fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos que contribuíram de forma categórica para as alterações na organização e dinâmica familiar. O que fez, com que tivessem incidência na organização, nas funções, nas relações, na complexidade e globalidade ao longo do desenvolvimento familiar, refletindo a evolução da época social, vivenciando estados diferentes.

A reforma, a falta de saúde, a vulnerabilidade e o isolamento social, os fracos recursos económicos, a perda de autonomia, de independência e a diminuição dos contactos entre

parentes, amigos e família levam ao enfraquecimento das relações familiares e dos vínculos afetivos, contribuindo assim, para o afastamento dos idosos da sociedade em geral e da família em particular (Pinto, 2013).

Com base nestas peculiaridades familiares, muitos idosos são institucionalizados pelas mais diversas razões.

Os lares de idosos enquanto equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, procuram dar resposta à população idosa, de acordo com as suas necessidades e problemáticas.

Face a esta realidade é urgente analisar a questão dos doentes de Alzheimer institucionalizados e a relação que se estabelece com a família.

Para que o idoso supere o afastamento da família e a integração em meio institucional seja positiva, é necessário criar um ambiente de segurança e de conforto, pelo que o idoso deve continuar a sentir-se acompanhado.

É com os membros da sua família que o idoso se identifica, constrói a sua individualidade, a sua dignidade e o respeito pelos outros e por si próprio. A família deve oferecer uma atmosfera segura ao idoso, e pode contribuir para a prevenção da sua independência e da sua autonomia (Dias, 2011).

Uma transição, forçada é percebida, muitas vezes, como uma “segunda morte”. A ida para um lar de idosos, o afastamento da sua própria casa, da família é encarado por muitos idosos como algo pavoroso, mas necessário, pois a família pode não ter condições para o apoiar e para o manter em casa (Pinto, 2013).

Apreciando a estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, muitos idosos terão que escolher entrar para uma instituição, facto que nem sempre significa a garantia de bem-estar. O ingresso numa instituição, o afastamento da família pode suscitar no idoso sensações de desconforto, ansiedade, temores e medos.

A ansiedade sentida origina falta de motivação do idoso, depressão, o que pode provocar distúrbios e dificuldades de adaptação a um novo contexto social (Dias, 2011).

O envelhecimento e demência não podem, nem deve significar afastamento da vida social, nem afastamento da família (Osório, 1996).

1.4 EXPOSIÇÃO DOS OBJETIVOS

Silva, (2011) Refere que qualquer investigação científica, tem origem numa questão a ser respondida ou num problema a ser resolvido, ou seja, numa situação considerada problemática. Para o autor *“definir uma problemática e estabelecer metas e objetivos são passos essenciais para a concretização de um estudo”*.

Segundo Marconi e Lakatos (2002) investigar não é apenas procurar a verdade, é “*encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos*”.

Os objetivos orientam a investigação e devem sempre possuir as variáveis, a população e o contexto do estudo (Fortin, 1999).

Para (Fortin,1999). “*o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão*”.

Assim, sendo os objetivos inerentes ao objeto do estudo são:

Objetivo Geral:

✓ Avaliar / compreender as relações familiares e os laços afetivos entre doente de Alzheimer institucionalizado e a família.

Objetivos Específicos:

- ✓ Promover as relações familiares entre utente/ família;
- ✓ Mediar conflitos, situações de cansaço e sobrecarga familiar;
- ✓ Informar/ formar a família sobre as razões que levam o idoso a ter determinados comportamentos e rotinas que conduzem a família e os cuidadores à exaustão e a comportamentos indevidos;
- ✓ Avaliar qual o tipo de relação que existia entre idoso e família antes da doença e da institucionalização;
- ✓ Avaliar a frequência das visitas e o grau de proximidade entre família e idoso;
- ✓ Perceber junto do idoso (caso o seu estadió o permita) e da família as causas que conduzem ao afastamento;
- ✓ Responsabilizar a família na repartição de tarefas de lazer;
- ✓ Informar a família que o idoso necessita de afeto, carinho e de amor para obter mais qualidade de Vida

2. EXPOSIÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Todo o trabalho de pesquisa deve ter por base a investigação científica, esta assume extrema importância na concretização dos objetivos pretendidos, só assim podemos delimitar aquilo que pretendemos aprender, discutir e observar, bem como resolver as nossas dificuldades. A metodologia é uma fase do processo de investigação em que se determinam os métodos que serão utilizados para obter respostas às questões de investigação colocadas.

Desta forma, a metodologia, é um conjunto ordenado de etapas a seguir num processo, com o objetivo de descrever e explicar o tipo de investigação, a amostra em estudo, as questões de investigação e o instrumento de colheita de dados obtidos, embora se torne importante saber observar, registar e analisar, uma vez que a exigência do estudo implica avaliar e perceber as relações familiares e afetivas. *“O método científico consiste no conjunto de procedimentos intelectuais e técnicas adotadas para se atingir o conhecimento”.* (Gil, 1989, pp.27). O objetivo, nesta fase, é definir os meios para a realização da investigação. Aqui, o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às suas questões de investigação (Fortin, 2009).

As metodologias utilizadas neste trabalho centram-se em duas tipologias: a quantitativa que segundo Carmo & Ferreira (1998, pp.179)

“(...) está essencialmente ligado à investigação experimental ou quase-experimental o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipótese explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição das hipótese (...), e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses”.

Fortin (1999, pp.41) define:

“a colheita de dados efetua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efetuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso”. (Fortin, 1999, pp.208).

Deste modo, a técnica de colheita de dados que optei por utilizar é o questionário, que segundo Burns *et al* (2004), cit in Silva, A. (2011), consiste num impresso que deve ser preenchido por um indivíduo, sendo elaborado para obter informação através das suas respostas, orais ou escritas.

O questionário a utilizar é de carácter fechado com questões hierarquizadas, sendo este tipo de questões caracterizado pelo facto das respostas já estarem pré-definidas pelo investigador, tendo o inquirido de se restringir a estas (Fortin, 1999). *“O questionário é também classificado de misto, pois contém os dois tipos de questões – do tipo aberto e fechado”.* (Fortin, 1999, pp.251).

O Mini Mental State Examination é constituído por dois grupos. O primeiro grupo de questões tem como objetivo a caracterização sociodemográfica dos inquiridos. O segundo grupo de questões permite-nos avaliar o estado cognitivo dos idosos institucionalizados, com [DA].

Este teste examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. (Apóstolo, 2012).

Em termos de validade de conteúdo, o [MMSE] avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. (Chaves, 2009, cit in Apóstolo, 2012).

O score pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico, para defeito cognitivo, em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para Português (Portugal) são (Nunes, 2005, cit in Apóstolo, 2012): [MMSE]: Pontuações de limiar diagnóstico: Escolaridade e Pontuação: Analfabetos, Inferior ou = 15; 1-11 anos Inferior ou = 22; Mais que 11 anos Inferior ou = 27 (Apóstolo, 2012).

A metodologia qualitativa, apresenta-se como forma de entrevista semi-estruturada/ semi-diretivas e surge como uma técnica em que o investigador se apresenta em frente ao investigado e lhe coloca questões, com o objetivo de obter informação que interesse para a investigação.

Esta técnica de recolha de dados é adequada para a realização da minha investigação, uma vez que permite aos participantes apresentar os seus conceitos, as suas impressões, concessões relativamente à problemática que irei analisar.

A entrevista apresenta diversas vantagens, permite a obtenção de dados referentes aos diversos aspetos da vida familiar e social; é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de quantificação; não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever; possibilita a obtenção de um maior número de respostas; oferece maior flexibilidade; permite captar a expressão corporal do entrevistado, o tom de voz e a ênfase nas respostas.

Para além da excelência da entrevista existem algumas limitações: a falta de vontade de responder a determinadas questões, falta de compreensão do significado das questões; o fornecimento de respostas falsas e a dificuldade do entrevistado responder adequadamente.

Nas entrevistas semi-diretivas existe o cuidado em elaborar um guião da entrevista, no entanto a sua condução não é rígida.

(Quivy, 2003, pp.192) “[...] verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências [...]”.

Na elaboração do guião da entrevista deve-se ter em atenção determinados aspetos: elaborar perguntas abertas; ter algum cuidado para que o entrevistado não fuja às questões; ter em conta o perfil do entrevistado (nível etário, escolaridade, nível sociocultural, personalidade,...) fazer a seleção da população e da amostra de indivíduos a entrevistar; o propósito da entrevista (tema, objetivos e dimensões); estabelecer-se uma boa comunicação oral e de forma adequada, escolher um local calmo e tranquilo para que a entrevista possa ser realizada com sucesso; ter em atenção o momento a disponibilidade dos familiares para responder às questões; pedir autorização para fazer a gravação da entrevista, evitando os resumos e fazer a gestão do tempo de forma correta (Quivy,2003).

Tendo em conta a problemática, será elaborado o consentimento informado, que visa informar e esclarecer as famílias sobre o objetivo do estudo e garantir a confidencialidade dos dados recolhidos.

Em suma, na presente investigação será utilizada uma metodologias: a metodologia quantitativa.

A metodologia quantitativa faz-se figurar no estudo através da aplicação do Mini Mental Stat Examanation, que pretende aferir qual o estado cognitivo dos idosos com [DA] que integram a amostra selecionada.

A metodologia qualitativa faz-se evidenciar no estudo através da aplicação da entrevista semiestruturada que é dirigida aos familiares dos idosos institucionalizados com [DA] e que integram a referida amostra. Para a elaboração da entrevista que pretende aferir a qualidade das relações familiares e dos laços afetivos tive a colaboração de vários profissionais especializados de várias áreas.

O instrumento de colheita de dados foi criteriosamente elaborado e corrigido para que seja devidamente validado por um especialista.

Será ainda elaborado um plano de secção, com ações de senilização direcionado para as famílias, cujo objetivo é a promoção e o reforço das relações familiares e laços afetivos entre família e idoso institucionalizado.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Em investigação é de extrema importância a definição do tipo de estudo, uma vez que este tem de ser adequado ao problema que se pretende estudar, bem como à forma em que o abordamos. (Fortin,1999).

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa conhecer variáveis e tipos ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.” (Fortin,1999, pp.133).

O presente estudo centra-se no tipo exploratório porque, tal como refere Gil (1999,pp. 44), cit in Almeida (2008,pp.34), estes *“...têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”*.

Importa salientar que para além do trabalho de investigação será elaborado um plano de intervenção que visa intervir com os utentes e as famílias no sentido de promover e reforçar as relações familiares e os laços afetivos entre Doente de Alzheimer Institucionalizado e a Família.

O plano de ação será delineado sob três fases:

- ✓ 1ª Fase- terá que ser feita uma prévia integração na instituição para conhecer a sua dinâmica, conhecer os utentes e as suas famílias, serão também agendadas visitas domiciliárias de acordo com a disponibilidade das famílias de forma a estabelecer uma relação de empatia e confiança. Posteriormente será elaborado o Diagnóstico Social / Situação Problema relativo à problemática em questão.
- ✓ 2ª Fase- Projeto de Intervenção - pretende ser um projeto útil e aplicado em meio institucional com vista promover as relações familiares entre idoso e família.

Será elaborado um plano de sessões com ações de sensibilização individualizadas e coletivas para as famílias.

Cada sessão terá a duração de cerca 20 / 30 minutos. O plano de sessão será elaborado para um período tempo que me permita intervir com as famílias dos utentes e avaliar os resultados da intervenção.

- ✓ 3ª Fase- Avaliação do projeto- será feita após a intervenção, com vista a perceber se objetivo pretendido foi alcançado (a promoção dos laços afetivos entre o utente e a família).

O intervalo de tempo entre a intervenção e a avaliação será de cerca de 4/6 meses, para compreender/avaliar se ao longo do tempo surgiram alterações de comportamento das famílias em relação aos utentes institucionalizados e se verificou aproximação e reforço dos laços afetivos.

2.2 MATERIAIS

Para a realização do plano de intervenção são necessários algumas matérias tais como:

- ✓ Gravador para gravar as entrevistas efetuadas às famílias;
- ✓ Sala equipada com mesas e cadeiras onde possa ser aplicado o plano de ação;
- ✓ Projetor para secções de sensibilização onde seja necessário projetar material didático;
- ✓ Computador para registo de informação, pesquisa de documentação e tratamento de dados.
- ✓ Automóvel para eventuais deslocações
- ✓ Canetas
- ✓ Gravador

2.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos são cautelosamente previstos e foi previamente feita a formalização do pedido de autorização do estudo de investigação à Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior, pelo que foi aceite e autorizado;

Todos os intervenientes no estudo serão previamente informados sobre a pretensão da investigação e esclarecidas todas as dúvidas que possam surgir. Para acautelar os procedimentos éticos será formalizado o pedido autorização do consentimento informado e sigiloso na recolha e tratamento de dados.

2.4 TERRENO DE PESQUISA

Para a realização de uma investigação, é fundamental escolher previamente o terreno de pesquisa, para que posteriormente seja possível selecionar a população em estudo.

“O terreno de pesquisa consiste no local onde será aplicada a investigação. O local poderá ser uma instituição, uma comunidade, entre outros”. (Fortin,1999,pp.37).

Elegi como terreno de pesquisa a Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior- Gabinete Alzheimer Maior, onde serão acautelados todos os procedimentos éticos.

A Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior é uma instituição secular com história e matriz cultural marcadamente humanista. A sua atividade insere-se na rede de solidariedade e proteção social portuguesa, em que a dinâmica das suas iniciativas relevam uma

consciência social do exercício da cidadania em benefício dos mais vulneráveis e em situação de marginalidade ou exclusão.

O principal objetivo da Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior é satisfazer carências sociais, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e da moral cristã e ainda pelos usos e costumes da Irmandade.

O Gabinete Alzheimer M@ior foi criado em protocolo celebrado com a Associação Alzheimer Portugal em 15 de Novembro de 2013 e iniciou os seus trabalhos a 2 de Dezembro de 2013 e está integrado na referida Instituição.

O gabinete pretende dar resposta aos utentes com doença de Alzheimer e aos seus cuidadores, uma vez que a predominância da demência é bastante expressiva. A sua abrangência territorial centra-se nos concelhos de Campo Maior, Elvas e Arronches para assim desenvolver as suas ações.

2.5 POPULAÇÃO - ALVO

Para a realização deste estudo de investigação é necessário a identificação da população alvo, pois segundo Fortin (2009, pp.311) a população alvo é “(...) o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente.”

No caso deste estudo a população alvo serão os idosos institucionalizados com doença de Alzheimer pertencentes à Santa casa da Misericórdia de Campo Maior/ Alzheimer Maior e as suas famílias.

2.6 AMOSTRA

Segundo, (Fortin, 1999) Podemos definir amostra como “um conjunto de elementos selecionados, aleatoriamente ou não, numa determinada população, sendo que os elementos que constituem a amostra possuem as características dessa mesma população, ou seja, é uma réplica, em miniatura, da população alvo.”

A amostra que foi selecionada é não probabilística, mais concretamente definida por amostragem por seleção racional. Escolhi este tipo de amostra por ser uma “técnica utilizada para escolha de sujeitos apresentando características típicas” (Fortin, 1999, pp.203).

“A amostragem por seleção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico, como no estudo de casos extremos ou desviantes ou de casos típicos, etc. A seleção dos casos particulares permite estudar fenómenos raros ou inusitados; pode contribuir para uma melhor compreensão destes fenómenos”. (Fortin, 1999, pp. 201).

A amostra que irá ser sujeita à técnica de colheita de dados que irei utilizar é constituída por 10 idosos institucionalizados com Doença Alzheimer, pertencentes à Santa casa da Misericórdia/ Gabinete Alzheimer Melhor, assim como os seus familiares.

Constituirão amostra, apenas idosos com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, que se voluntariem para participar no estudo.

Como critérios de inclusão, serão todos os idosos com idade superior ou igual a 65 anos, de ambos os sexos, que se voluntariem para o estudo e, como critérios de exclusão, serão eliminámos os idosos sem [DA], que não aceitem, por livre arbítrio, participar do estudo.

PARTE I

CAPÍTULO III

1. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

1.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da realidade é uma fase indispensável para a elaboração de qualquer tipo de atividade ou projeto. Permite-nos localizar os principais problemas, conhecer as suas causas de fundo oferecendo, assim, instrumentos para a resolução gradual dos mesmos. O objetivo do diagnóstico é o conhecimento de determinada realidade e constitui uma das ferramentas teórico-metodológicas mais importantes para que nos aproximemos da realidade do objeto de estudo (Serrano, 2008).

Como estudante de Gerontologia e, tendo em conta a temática da minha investigação, considerei pertinente o planeamento de ações de sensibilização, dirigidas aos familiares de pessoas com [DA]. O objetivo das ações, visa essencialmente a promoção das relações familiares e laços afetivos.

1.2 DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA

Os objetivos de um projeto são os propósitos que pretendemos alcançar com a execução do mesmo. Para Espinoza, (1986), cit. in Serrano, (2007,pp.44) «é muito importante que os objetivos sejam: claros (...) realistas (...) e pertinentes».

A intervenção, consiste em realizar ações de sensibilização coletivas ou individualizadas para os familiares.

O planeamento das atividades de sensibilização centram-se sobre a questão de partida, para isso, há que definir os objetivos gerais e específicos que se pretendam que sejam atingidos pelas famílias dos [DA] institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior.

A intervenção, visa a promoção dos laços familiares, do reforço, do afeto, dos vínculos afetivos, do amor e de uma relação de proximidade entre família e utente, pois, importância dos sentimentos positivos, de relações familiares saudáveis, reconfortantes, tranquilizadoras e de proximidade trazem benefícios para o doente de Alzheimer.

O objetivo geral do plano de atividades tem como pressuposto, a promoção das relações familiares e laços afetivos entre [DA] institucionalizado e a família.

Os objetivos específicos estão direcionados para os familiares e assentam nos vários pressupostos anteriormente já referidos na exposição dos objetivos.

O objetivo das sessões é consciencializar as famílias para as relações familiares e vínculos com os seus idosos. Serão de natureza informativa, formativa, normalizadora, sensibilizadora e preventiva. Os familiares, terão assim, a oportunidade de mudar os seus comportamentos em relação aos idosos e assumir maior corresponsabilização.

1.3 PROGRAMAÇÃO

Ao delinear a programação, denominam-se os preletores, quais as necessidades de formação, as atividades a desenvolver nas sessões e a calendarização a executar.

Tendo como objetivo primordial a promoção das relações familiares e laços afetivos, impera a necessidade de envolver o maior número possível de colaboradores de familiares, Assim, deve ser adotada uma postura de confiança, para que a mensagem seja eficaz e adequada à problemática em questão.

«A planificação trata de determinar o que se deve fazer, para posteriormente se poderem tomar decisões práticas para a sua implementação. A planificação é um processo para determinar para onde ir e estabelecer os requisitos para chegar a esse ponto da forma mais eficaz e eficiente possível» (Ander-Egg, 1989 cit in Serrano, 2007).

Para a realização do projeto, torna-se necessário organizar as sessões de sensibilização, de forma a minimizar as condicionantes e a maximizar a eficiência da transmissão da mensagem.

Outro fator importante a considerar é o número de formandos: no caso de se tratar de um grande grupo, terá de ser dividido em subgrupos menos extensos, pois os pequenos grupos permitem informar, esclarecer e estimular a reflexão sobre diversos temas (Nérice,1977).

Seguindo a mesma milha de pensamento, é importante, neste tipo de formações, adotar a tática das dinâmicas grupais, já que este tipo de dinâmicas permite a cada interveniente deparar-se com diferentes formas de viver a mesma situação

No decorrer das sessões deve ser aberto o espaço para o diálogo e debate acerca da saúde, no sentido de valorizar a forma como cada individuo encara os conceitos de Doença de Alzheimer, Relações Afetivas e Relações Familiares.

As sessões nunca deverão ser demasiado longas ou exaustivas.

O ideal será entre 30 a 45 minutos por sessão, uma vez que sessões demasiado extensas e esgotantes condicionam a aquisição dos conteúdos abordados, pois “muitos estudos sobre o envelhecimento, mais especificamente, sobre o declínio cognitivo, enfatizam que uma das funções mentais prejudicadas é a atenção”. (Almeida, 2012,pp.25).

Outro dos cuidados a ter em consideração por parte que quem presta as ações, será o registo de linguagem utilizado na transmissão da mensagem, tendo em conta os baixos níveis

de escolaridade, que poderão condicionar a compreensão de um registo linguístico mais técnico e formal. Dever-se-á simplificar o máximo possível a transmissão da mensagem. O ideal será recorrer ao registo de língua corrente, ou até mesmo familiar.

A ação de formação terá como meios auxiliares de ensino o recurso de um ecrã multimédia e vídeo ilustrativo, que será dirigido a 10 familiares [DA].

Segundo Jean Berbaum (1993,pp.19).” *Um esquema de formação explícita a presença do formador entre os elementos do meio em que o sujeito em formação desenvolve a sua ação*

1.4 PLANO DE SESSÃO – AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO			
Local: Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior	Grupo: 10 Famílias		
	Data: Out. Junho		
Título: Promoção das Relações Familiares e Laços Afetivos entre Doente de Alzheimer Institucionalizado e a Família	Duração: 20 a 30 minutos		
	Preletores: Aluna de Mestrado de Gerontologia <i>Nota: Preletores sujeitos a alterações</i>		
Objetivos <u>Gerais:</u> Promover as relações familiares e laços afetivos entre doente de Alzheimer Institucionalizado e Família. <u>Específicos:</u> Promover as relações familiares entre utente/ família; Mediar conflitos, situações de cansaço e sobrecarga familiar; Informar/ formar a família sobre as razões que levam o idoso a ter determinados comportamentos e rotinas que conduzem a família e os cuidadores à exaustão e a comportamentos indevidos; Avaliar qual o tipo de relação que existia entre idoso e família antes da doença e da institucionalização; Avaliar a frequência das visitas e o grau de proximidade entre família e idoso Perceber junto do idoso (caso o seu estadio o permita) e da família as causas que conduzem ao afastamento; Responsabilizar a família na repartição de tarefas de lazer; Informar a família que o idoso necessita de afeto, carinho e de amor para obter mais qualidade de vida.			
Conteúdos	Métodos Utilizados	Meios Auxiliares	Duração
	Expositivo		

1.Introdução		Computador / Multimédia	+/- 30 Minutos
Apresentação do tema e dos preletores			
2.Desenvolvimento	Expositivo	Computador / Multimédia	+/- 30 Minutos
Cada objetivo específico corresponde a uma ação de sensibilização			
Conclusão	Expositivo	Computador / Multimédia	+/- 30 Minutos
Resumo da Temática e esclarecimento de dúvidas			
Avaliação:			
A avaliação das sessões e da intervenção será feita pelos familiares através de um pequeno teste de avaliação com perguntas simples e de respostas curtas. A intenção é perceber se intervenientes no estudo perceberam os conteúdos abordados.			
Na fase final do estudo será ainda feita uma reavaliação para verificar se existiram alterações de comportamento em relação às relações familiares e laços afetivos entre a família e o doente de alzheimer.			

Tabela 1 Plano de Sessão – Ações de Sensibilização
Fonte: Elaboração Própria / Plano de sessão sujeito a alterações

PARTE II

CAPÍTULO I

Este capítulo pretende descrever, pormenorizadamente, o estudo através da exposição do plano e do desenho da investigação. Foram encontradas estratégias e procedimentos lógicos para o levantamento da informação e a implementação do projeto junto do objeto de estudo.

Antes do início do projeto foi delineando um plano / cronograma de atividades que descreve sequencialmente as etapas da investigação.

A preparação para a investigação passou por um processo rigoroso e intensivo que permitiu a validação de um instrumento de avaliação que permitisse avaliar as relações familiares e os laços afetivos entre doentes de Alzheimer em situação de institucionalização e as suas famílias.

Projeto: ***Promoção das relações familiares e dos laços afetivos entre doentes de Alzheimer institucionalizado e a família.***

A construção do projeto foi efetuada ao longo dos anos letivos de 2014 e 2016 com base em conhecimentos adquiridos em contexto académico.

1. RECOLHA DE DADOS

Após um pedido formal de autorização para a realização da investigação, dirigida ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Campo maior / Lar de Santa Beatriz e aceite pelo mesmo, reuni com a Equipa Técnica para definir estratégias e perceber a dinâmica da instituição e assim proceder à minha integração em meio institucional provendo a confiança.

Em Setembro de 2014 estabeleci os primeiros contactos com a amostra (selecionada aleatoriamente pelos técnicos) e apresentei o projeto às famílias que aceitaram participar, assegurando sempre todos os procedimentos éticos. A recolha de dados consumou-se através da aplicação (MMSE) aos utentes e do questionário às famílias).

Os questionários foram realizadas no Gabinete de Serviço Social, o que proporcionou toda a privacidade e a confidencialidade necessárias para a recolha de dados.

A duração do questionário não excedeu o tempo previsto, embora as famílias tenham manifestado vontade de partilhar anseios, medos, desabafos e necessidades que muitas vezes os preocupa.

Privilegiei esses momentos e estabeleci uma relação empática com os entrevistados e com os utentes.

Tendo em conta a temática “ *Promoção das Relações Familiares e Laços Afetivos entre Doente de Alzheimer e a Família* ” existiu sempre grande preocupação com as famílias, para que se sentissem confortáveis no fornecimento da informação.

As questões formalizadas aos entrevistados foram de caráter fechado para evitar alguns constrangimentos durante a recolha de dados e os procedimentos formais foram assegurados.

Para a efetuar a recolha de dados, reuni várias vezes com as famílias, fui ao encontro das mesmas dentro e fora da instituição, uma vez que dispunham de pouco tempo livre devido a questões profissionais e familiares.

As marcações dos questionários foram agendados consoante a disponibilidade dos entrevistados, quer em dias de semana em horários pós- laboral ou em fins- de- semana.

O registo da informação foi efetuado à medida que o questionário decorria. Não houve recurso a qualquer instrumento de gravação para que os entrevistados não se sentissem intimidados com os aparelhos.

Importa ainda salientar que um familiar recusou participar no estudo alegando motivos que não irei descrever pelo seu caráter confidencial. Foi necessário selecionar outra família para integrar a amostra.

Os dados das características sociodemográficas foram recolhidos através dos questionários aplicados individualmente às famílias, onde se perguntou respetivamente: idade, número de filhos, género, estado civil, habilitações literárias, profissão anterior à reforma, local de residência e tempo de institucionalização.

As entrevistas foram aplicadas em dois tempos distintos, antes e depois da intervenção.

1.1 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Usámos os instrumentos de recolha de dados, que se encontram em anexo. Pretendem caracterizar os utentes e as suas famílias a nível sociodemográfico. Pretendemos aferir também a valorização que o idoso dá à família, qual o tipo de relação que mantem com ela e perceber quais as razões que justificam o seu afastamento.

A opção pela utilização do questionário para recolha de dados pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que, na perspetiva de Quivy & Campenhoudt (1992), o questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.

1.2 PROCEDIMENTOS

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que nele participaram. Foi obtida autorização formal do Provedor da Santa e da Equipa Técnica da Santa da Casa da Misericórdia de Campo Maior.

Relativamente aos idosos: foram-lhe explicados os objetivos; clarificado o carácter voluntário da participação no estudo, respeitando a sua decisão em participar ou não.

As atividades descritas no plano sessão visam a identificação das necessidades sentidas e a sensibilização para a importância da visita regular ao idoso.

Incentivámos de forma informal as famílias a visitarem com regularidade os idosos de modo a aumentar a frequência dos contactos e a fortalecer os laços e as relações familiares.

Por fim, fizemos uma nova recolha de dados sobre os registos das visitas para identificação da mudança de comportamentos das famílias quanto à regularidade do contacto com os idosos lecionados para o estudo.

1.3 TRAMAMENTO DE DADOS

Para o tratamento de dados estruturados (questões fechadas) foi necessário recorrer à estatísticas descritiva, através do *Programa Statiscal Package for Social Sciences* (SPSS for Windows) trabalhar os dados e proceder à interpretação, assim sendo vamos dar início à caracterização dos utentes e traçar o seu perfil.

CAPITULO II

1. TRATAMENTO DE DADOS

Idade	N	%
72	2	20,0
74	1	10,0
79	1	10,0
80	1	10,0
82	2	20,0
83	1	10,0
87	1	10,0
90	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 2 Distribuição dos utentes por idade

A tabela permite-nos, concluir que a amostra integrou utentes institucionalizados com [DA]. As idades situam-se entre os 72 e os 90 anos e as que apresentam mais representatividade são dois (2) idosos com setenta e dois (72) anos e outros dois (2) idosos oitenta e dois (82) anos.

A percentagem de idosos com setenta e dois (72) anos é de vinte por cento (20%). Igual percentagem corresponde aos idosos com oitenta e dois (82) anos. Os restantes seis (6) utentes assumem uma percentagem de dez por cento (10%).

Com no que observamos, podemos concluir que a média das idades dos utentes institucionalizados e com [DA] é de 80 anos

Sexo dos utentes	N	%
Masculino	3	30,0
Feminino	7	70,0
Total	10	100,0

Tabela 3 Distribuição dos utentes por sexo

Os dados descritos na relação, permitem-nos observar que sete (7) utentes inquiridos são do sexo feminino, o que perfaz uma percentagem de setenta por cento (70%).

Escolaridade dos utentes	N	%
Analfabeto	3	30,0
0-3 Anos	2	20,0
4-8 Anos	5	50,0
Total	10	100,0

Tabela 4 Distribuição dos utentes por escolaridade

Como se observa através da leitura da tabela, observamos que cinco (5) idosos possuem níveis de escolaridade entre os quatro e os oito (4-8) anos, o que permite concluir que a percentagem dos utentes mais escolarizados é de cinquenta por cento (50%).

Estado civil dos utentes	N	%
Casado/a	6	60,0
Viúvo/a	4	40,0
Total	10	100,0

Tabela 5 Distribuição dos utentes por estado civil

Segundo os dados, é possível aferir que (60%) dos dez (10) utentes inquiridos que constituem a amostra são casados.

Profissão dos utentes	N	%
Agricultor	5	50,00
Costureira	1	10,00
Doméstica	4	40,0
Total	10	100,0

Tabela 6 Distribuição dos utentes por profissão

Os utentes inquiridos gozam de três (3) categorias profissionais distintas: Agricultor/a, Costureira e Doméstica.

Relativamente à primeira classe, podemos concluir através dos dados expostos que a amostra na evidência cinco (5) Agricultores.

Para a segunda classe, a amostra evidência uma (1) Costureira, na terceira e última classe pode constatar-se a existência de quatro (4) Domésticas.

Assim, as profissões que assumem maior representatividade para o estudo são Agricultores e Domésticas.

Défice cognitivo dos utentes	N	%
Défice Ligeiro	6	60,0
Défice moderado	2	20,0
Défice severo	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 7 Distribuição dos utentes com défice cognitivo

Segundo o tabela, no primeiro estadio, com (défice cognitivo ligeiro) evidenciam-se seis (6) pessoas idosas que representam setenta por cento (60%) da amostra.

No segundo estadio, (com défice cognitivo moderado) evidenciam-se dois (2) idosos, o que representa vinte por cento (20%) da amostra. Igual percentagem e número de idosos apresentam défice cognitivo severo.

Sexo dos cuidadores	N	%
Masculino	2	20,0
Feminino	8	80,0
Total	10	100,0

Tabela 8 Distribuição dos cuidadores por sexo

Perante os dados expostos, podemos constatar que as mulheres abrangem oitenta por cento (80%) como cuidadoras familiares.

Já os cuidadores do sexo masculino encerram uma percentagem de vinte por cento (20%).

Estado Civil do Cuidador	N	%
Casado	7	70,0
Viúvo	1	10,0
Separado/Divorciado	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 9 Distribuição dos cuidadores por estado civil

O estado civil dos cuidadores integra três categorias: casados, viúvos e separados/divorciados.

No conjunto da amostra, os cuidadores casados atingem uma percentagem significativa com setenta por cento (70%) fazendo-se representar por sete (7) pessoas inquiridas.

Seguidamente sucedem-se os cuidadores separados ou divorciados, representando apenas vinte por cento (20 %) da amostra, ou seja duas pessoas inquiridas.

No que respeita aos cuidadores viúvos apenas assinalámos uma percentagem válida de dez por cento (10%), o que representa apenas uma pessoa interpelada.

Grau de Parentesco do cuidador	N	%
Filho/ filha	8	80,0
Nora/ genro	1	10,0
Esposo/a	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 10 Distribuição dos cuidadores por grau de parentesco

Dos dez (10) cuidadores entrevistados podemos concluir que oito (8) são filhos/ filhas da pessoa idosa, o que constitui, uma percentagem de oitenta por cento (80%).

No que diz respeito à percentagem de noras e genros enquanto cuidadores da nossa amostra apenas podemos referir um (1) familiar, ou seja: representam apenas dez por cento (10%) dos cuidadores.

Igual número e percentagem também se aplicam às esposas / esposos que foram inquiridos.

Profissão do cuidador	N	%
Farmacêutico	1	10,0
Assistente administrativa /o	1	10,0
Doméstica	6	60,0
Ajudante de Lar	1	10,0
Agricultor/a	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 11 Distribuição do cuidador por profissão

No presente estudo, podemos mencionar que os cuidadores possuem profissões distintas.

Um (1) Inquirido referiu ser Farmacêutico, constituindo apenas dez (10%) dos entrevistados. Igual número e percentagem se aplica às profissões de Assistente Administrativo/a, de Ajudante de lar e Agricultor/a.

A profissão de Doméstica é aquela que apresenta o maior número de cuidadores/as e representa uma percentagem de sessenta por cento (60%).

Habilitações literárias do cuidador	N	%
Analfabeto	1	10,0
4 aos 8 anos	9	90,0
Total	10	100,0

Tabela 12 Distribuição do cuidador por habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias os inquiridos dispersaram-se por dois níveis de escolaridade. Apenas um (1) se apresenta como sendo analfabeto e todos os outros cuidadores frequentaram níveis de escolaridade entre os quatro e oito (4 e 8) anos de ensino. O que significa que noventa por cento (90%) dos cuidadores são escolarizados.

Como era a relação com o seu familiar antes da institucionalização	N	%
Muito Boa	5	50,0
Boa	5	50,0
Total	10	100,0

Tabela 13 Relação com o familiar antes da Institucionalização

Segundo os dez (10) cuidadores inquiridos, cinco (5) responderam que a relação era muito boa e as restantes cinco (5) responderam que era boa.

A percentagem divide-se de forma igual para as duas classificações com cinquenta por cento (50%) para os dois grupos.

Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do seu familiar	N	%
Sobrecarga do cuidador, dificuldade na prestação dos cuidados e gestão da medicação	3	30,0
Falta de autonomia e dificuldade na satisfação das necessidades	1	10,0
Dificuldade do cuidador em saber lidar com a doença de Alzheimer	2	20,0
Existia muita dificuldade em cuidar dos dois membros do casal, porque ambos Possuem DA	1	10,0
Perda de autonomia e dependência total, e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados	3	30,0
Total	10	100,0

Tabela 14 Principais motivos da Institucionalização do familiar

De acordo com os dados recolhidos, apurámos a existência de cinco (5) causas mais evidentes para a institucionalização dos idosos com [DA]

Três (3) famílias apontaram como principal motivo a sobrecarga do cuidador e a dificuldade na prestação dos cuidados e gestão da medicação.

Igual número de parentes respondeu que a perda de autonomia e dependência total, bem como a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados conduziram o seu à Institucionalização.

O terceiro motivo, apontado por duas (2) famílias foi a dificuldade do cuidador em saber lidar com a Doença de Alzheimer.

Para uma (1) família a falta de autonomia e dificuldade na satisfação das necessidades do Doente de Alzheimer foi a razão que o levou à institucionalização.

Por último, apenas uma (1) cuidadora apontou como causa da institucionalização dos seus familiares a dificuldade em cuidar dos dois membros do casal, porque ambos possuem [DA].

Vive a que distância da instituição	N	%
5 Minutos	4	40,0
10 Minutos	5	50,0
Mais de 30 minutos	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 15 Vive a que distância da Instituição

Para termos a perceção se a distância é um fator influenciável na visitação regular dos idosos institucionalizados, questionámos os familiares em relação à distância que vivem da instituição.

Observa-se que cinco (5) famílias responderam que vivem a cerca de dez (10) minutos da instituição, o que nos indica que cinquenta por cento (50%) vive próximo da instituição onde estão institucionalizados os seus idosos.

Quatro (4) famílias responderam que vivem a apenas cinco (5) minutos de distância. Por último, apenas uma (1) família respondeu que vivia a mais de trinta (30) minutos da instituição.

Com que frequência visita o seu familiar	N	%
Diariamente	4	40,0
Em dias alternados	5	50,0
1 Vez por semana	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 16 Visitas ao Familiar

Segundo a tabela, podemos observar que cinco (5) famílias responderam que visitam os seus idosos em dias alternados, o que representa cinquenta por cento (50%).

Quatro (4) famílias responderam que o fazem diariamente e apenas uma (1) família respondeu que vai à instituição uma (1) vez por semana.

Qual a duração da visita	N	%
Uma tarde	2	20,0
Aproximadamente uma hora	5	50,0
Cerca de 30 minutos	3	30,0
Total	10	100,0

Tabela 17 Duração das Visitas

Segundo os dados descritos na tabela: cinco (5) cuidadores responderam que a visita dura aproximadamente uma (1) hora, o que representa cinquenta por cento (50%) dos cuidadores.

Três (3) cuidadores responderam que a visita tem a duração de cerca de trinta (30) minutos, o que corresponde a uma percentagem de trinta por cento (30%).

Dois (2) cuidadores investigados referem que passam a tarde com os seus idosos, o que nos indica que no universo de dez (10) famílias, vinte por cento (20%) dos cuidadores dispõem de uma tarde para as visitas.

O que faz durante a visita	N	%
Conversamos, vemos televisão e passeamos	4	40,0
Conversamos	5	50,0
Conversamos e tento saber com os técnicos como é o estado de saúde da minha familiar	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 18 O que faz durante a visita

Questionámos os cuidadores sobre o que faziam durante a visita com os seus familiares e obtivemos três (3) respostas.

Cinco (5) cuidadores mencionaram que apenas conversavam.

Quatro (4) referiram que conversavam, viam televisão e passeavam.

Apenas um (1) cuidador nos relatou que conversava e se informava com a equipa técnica sobre o estado de saúde do seu familiar.

No total dos inquiridos podemos constatar que a conversação é indicada por cem por cento (100%) dos cuidadores, embora saibamos que existem idosos que devido ao estadio (severo) da doença em que os mesmos se encontram não consigam estabelecer uma conversação.

Em relação à questão **“Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade”**, 100% da amostra respondeu que o tempo que passa com os seus familiares é de qualidade.

Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição.	N	%
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
Total	10	100,0

Tabela 19 Costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição

Mediante a informação exposta, permite-nos aferir que seis (6) cuidadores costumam levar os seus familiares a passear fora da instituição, o que equivale a uma percentagem de sessenta por cento (60%) dos cuidadores.

Quatro (4) responderam negativamente, que não costuma levar os seus familiares a passear fora da instituição, constituindo uma percentagem de quarenta por cento (40%).

Se não costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição indique as razões	N	%
Falta de disponibilidade devido a questões laborais	2	20,0
A incapacidade total da minha familiar não permite sair da instituição	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 20 Quais as razões para não levar o familiar a passear fora da Instituição

Quatro (4) cuidadores responderam negativamente, que não costumam levar os seus familiares a passear fora da instituição.

Dois (2) apontam como razão a falta de disponibilidade devido a questões laborais. Outros dois (2) referem a incapacidade total do familiar devido ao estadio severo em que se encontram os/as Doentes de Alzheimer como motivo para não sair da instituição.

Sessenta por cento (60%) responderam de forma afirmativa, ou seja: costumam levar os seus familiares a passear fora da instituição.

Quantas vezes por ano costumam levar o seu familiar a passear fora da instituição.	N	%
Várias vezes por ano	6	60,0
Raramente costuma sair com meu/ minha familiar fora da instituição	2	20,0
Nunca costumo levar o meu / minha familiar fora da instituição	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 21 Quantas vezes por ano o familiar sai da Instituição

Questionamos os cuidadores sobre o número de vezes que costumam levar os seus idosos a passear fora da instituição.

Apuramos que sessenta por cento (60%) dos idosos da amostra saem da instituição com os seus cuidadores.

O tempo de contacto que mantém com a sua família, considera-o suficiente	N	%
Sim	3	30,0
Não	7	70,0
Total	10	100,0

Tabela 22 O contacto que mantém com o familiar será suficiente?

A percentagem dos cuidadores que consideram que é insuficiente é de setenta por cento (70%).

No que concerne aos cuidadores que consideram que é suficiente, manifesta-se uma percentagem de trinta por cento (30%).

Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa dos seus parentes.	N	%
Sim	5	50,0
Não	3	30,0
Raramente	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 23 Após a institucionalização, o familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos

Após a institucionalização verificámos que cinco (5) idosos, continuam a frequentar a casa dos seus familiares, o que corresponde a cinquenta por cento (50%) da amostra. Três cuidadores mencionaram que os seus familiares não frequentam a casa dos seus parentes. O que representa trinta por cento (30%).

Apenas dois cuidadores responderam que raramente os seus idosos frequentam a casa dos parentes, o que representa vinte por cento (20%) da amostra.

Com que frequência o familiar visita a casa dos parentes	N	%
1 Vez por semana	3	30,0
Apenas em épocas festivas	5	50,0
1 Vez por semana e épocas festivas	1	10,0
Total	9	90,0
Total	10	100,0

Tabela 24 Com que frequência o familiar visita a casa dos parentes

Para melhor percepção e análise dos idosos que continuam a frequentar a casa dos seus parentes, quisemos saber com que frequência o fazem.

De forma mais assídua, constatámos que três (3) idosos frequentavam a casa dos parentes uma vez por semana, cinco (5) apenas em épocas festivas e um (1) idoso visitava a casa dos parentes uma vez por semana e épocas festivas. No total dos inquiridos, um (1) não respondeu.

Como classifica a relação que tem com o seu familiar	N	%
Muito Boa	3	30,0
Boa	6	60,0
Razoável	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 25 Classificação da relação com o familiar

As relações familiares assumem particular importância para este estudo, o que nos levou a questionar os cuidadores.

Seis (6) classificaram a relação como sendo boa. Três (3) dos investigados da amostra classificaram-na como muito boa e um (1) como razoável.

Assim sendo: a percentagem das relações muito boas é de trinta por cento (30%). A porção das relações boas é de sessenta por cento (60%) e das relações classificadas como razoáveis é de dez por cento 10%.

Indique as razões pelas quais classifica dessa forma a relação que tem com o seu familiar	N	%
Existe muita proximidade entre pai/ mãe e filho/ filha	5	50,0
Existe alguma proximidade e respeito pelo meu familiar	3	30,0
Devido à total incapacidade não permite estabelecer uma conversação	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 26 Razões para a classificação da relação com o familiar

Através da tabela, podemos verificar quais as razões que levam as famílias a classificar as relações com os seus familiares.

Cinco (5) confirmaram a existência de muita proximidade entre pai/ mãe e filho e filha, o que representa 50% da amostra.

Três (3) revelaram a existência de alguma proximidade e respeito pelo seu familiar e dois (2) expressaram a dificuldade que existe em estabelecer uma conversação devido à incapacidade que a [DA] acarreta para o idoso.

Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar.	N	%
Amor	7	70,0
Amizade	1	10,0
Compaixão	2	20,0
Total	10	100,0

Tabela 27 Qual o sentimento que expressa a relação com o familiar

Os sentimentos expressos pela família em relação aos idosos institucionalizados com [DA], estão subjacentes em três categorias: amor, amizade e compaixão.

Relativamente à primeira categoria dos dez (10) questionados, o que nos permite avaliar que setenta por cento (70%) nutre um sentimento de amor pelo seu familiar.

Dois (2) dos inqueridos declararam que o sentimento que mantinham pelos seus familiares era de compaixão (20%) e apenas elemento que constitui a amostra nos revelou que sentia amizade pelo seu familiar.

A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar	N	%
Sim	9	90,0
Não	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 28 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar

Através dos dados obtidos podemos comprovar que a [DA] tem influência na forma como os cuidadores se relacionam com os seus familiares que sofrem da doença.

A percentagem dos inquiridos que respondeu de forma afirmativa atinge os noventa por cento (90%). Apenas um (1) inquirido respondeu que não que a [DA] não influencia na forma como se relaciona com o seu familiar, o que não se releva muito significativo para o total da amostra.

De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar	N	%
A incapacidade e a falta de autonomia não permitem uma relação de mais proximidade	8	80,0
Devido à doença, os comportamentos que o meu familiar tem influência na forma como nos relacionamos	1	10,0
	1	10,0
Total	10	100,0

Tabela 29 De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar

De forma evidente oitenta por cento dos cuidadores (80%) responderam que a incapacidade e a falta de autonomia não permitem uma relação de mais proximidade.

Uma (1) pessoa respondeu que: devido à doença, os comportamentos que o seu familiar revela influenciam na forma como se relacionam. Importa salientar que um (1) inquirido não respondeu à questão.

Idade	Muito Boa	Boa	Total
72	1	1	2
74	0	1	1
79	1	0	1
80	0	1	1
82	2	0	2
83	0	1	1
87	0	1	1
90	1	0	1
Total	5	5	10

Tabela 30 Como era a relação com o seu familiar antes da Institucionalização

Os dados descritos, permitem-nos verificar que a idade do idoso não é relevante na forma como a família se relacionava antes da institucionalização. As relações classificam-se como sendo boas ou muito boas.

Através das (tabela nº 44 em anexo) foi possível apurar quais os principais motivos que levaram à institucionalização dos idosos com mais idade: A sobrecarga do cuidador e a dificuldade e gestão da medicação, bem como a perda de autonomia, a dependência total e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados, foram os motivos apontados

De acordo com as (tabelas nºs 45; 46; em anexo) a idade do idoso não se interpõe na frequência da visitação do cuidador, na sua duração e o que faz durante a mesma.

Idade do idoso	Conversamos, vimos televisão e passeamos	Conversamos	Conversamos e tento saber com os técnicos como é o estado de saúde da minha familiar	Total
72	0	2	0	2
74	0	1	0	1
79	0	0	1	1
80	1	0	0	1
82	1	1	0	2
83	0	1	0	1
87	1	0	0	1
90	1	0	0	1
Total	4	5	1	10

Tabela 31 O que faz durante a visita

Os cuidadores referiram que durante a visita conversam com os seus parentes, no entanto, podemos salientar que não existem dados significativos que nos indiquem que existem uma relação entre a idade do idoso e aquilo que se faz durante a visita.

Em relação à qualidade do tempo que os cuidadores passam com os idosos, também não existe uma correlação que apresente dados significativos (tabela nº 47 em anexo).

Idade do Idoso	Várias vezes por ano	Raramente costumo sair com meu/ minha familiar fora da instituição	Nunca costumo levar o meu / minha familiar fora da instituição	Total
72	1	1	0	2
74	1	0	0	1
79	0	0	1	1
80	1	0	0	1
82	2	0	0	2
83	0	0	1	1
87	1	0	0	1
90	0	1	0	1
Total	6	2	2	10

Tabela 32 Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição

Em virtude com os dados obtidos podemos mencionar que a idade dos idosos não assume particular relevância nas saídas para fora da instituição com os seus familiares.

No entanto, podemos associar a incapacidade e a falta de autonomia devido à [DA] como um fator que mais tempo de permanência na instituição.

Para além da perda das capacidades físicas e mentais, os idosos com mais autonomia que integram a amostra, após terem sido institucionalizados continuam a frequentar a casa dos seus parentes próximos (tabelas nº 49; 50 em anexo).

Idade do idoso	Muito Boa	Boa	Razoável	Total
72	1	1	0	2
74	0	1	0	1
79	0	0	1	1
80	0	1	0	1
82	1	1	0	2
83	0	1	0	1
87	0	1	0	1
90	1	0	0	1
Total	3	6	1	10

Tabela 33 Como classifica a relação que tem com o seu familiar

Relacionando a idade do idoso com a forma como o cuidador classifica as relações intrafamiliares somos levados a confirmar que não existe uma relação entre as variáveis. Pela observação dos dados analisados as relações entre idosos e famílias são classificadas como boas e muito boas, independentemente da idade que cada inquirido apresente.

Da mesma forma, podemos referir que os sentimentos expressos pelos cuidadores em relação aos idosos, em nada são relacionáveis com a idade dos idosos.

Nesse sentido, compreendemos através do quadro que os sentimentos mais evidentes são o amor, a amizade e por fim, a compaixão (tabela nº 51 em anexo)

Este último, foi um sentimento mencionado por cuidadores que não apresentam laços de consanguinidade.

Desta forma, perante a amostra deste estudo de investigação, podemos acreditar que em alguns casos, os laços de consanguinidade fortificam os laços afetivos e familiares.

Idade do idoso	Sim	Não	Total
72	2	0	2
74	1	0	1
79	1	0	1
80	0	1	1
82	2	0	2
83	1	0	1
87	1	0	1
90	1	0	1
Total	9	1	10

Tabela 34 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar

Em virtude do que se observa, as idades do idosos não influenciam a forma como o cuidadores se relacionam com eles, no entanto, a [DA] tem influencia na forma como se relacionam e referem que a incapacidade e a falta de autonomia não permitem relações de mais proximidade, à semelhança do que acontece com os comportamentos causados pela doença (tabela nº 52 em anexo).

Sexo do idoso	Sobrecarga do cuidador, dificuldade na prestação dos cuidados e gestão da medicação	Falta de autonomia e dificuldade na satisfação das necessidades	Dificuldade do cuidador em saber lidar com a doença de Alzheimer	Existia muita dificuldade em cuidar dos dois membros do casal, porque ambos possuem DA	Perda de autonomia e dependência total, e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados	Total
Masculino	1	0	0	0	2	3
Feminino	2	1	2	1	1	7
Total	3	1	2	1	3	10

Tabela 35 Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do familiar

Ao fazermos uma análise sobre os principais motivos que levaram à institucionalização dos idosos com diagnóstico [DA], é perceptível que o sexo do idoso não é o fator mais importante. Contudo, verifica-se que as mulheres assumem um papel importante no cuidado dos seus familiares, no entanto, os homens também assumem a sua responsabilidade.

Duas (2) cuidadoras e um (1) cuidador mencionam que sobrecarga e dificuldade na prestação dos cuidados, bem como, a gestão da medicação conduziram os seus familiares aos cuidados institucionais. Face a esta realidade, observamos também que: dois (2) cuidadores e uma (1) cuidadora apontam como causas a perda de autonomia, a dependência total, e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados.

Segundo duas (2) cuidadoras inquiridas, importa salientar que existem dificuldade em saber lidar com a [DA].

Sexo do Idoso	Diariamente	Em dias alternados	1 Vez por semana	Total
Masculino	0	2	1	3
Feminino	4	3	0	7
Total	4	5	1	10

Tabela 36 Com que frequência visita o seu familiar

O levantamento dos dados relativos a este estudo, permite-nos aferir que o sexo feminino é mais sensível às questões da visita e fazem-no com mais frequência. Quatro (4) cuidadoras deslocam-se ao lar diariamente para visitar os seus familiares, outras três (3) fazem-no em dias alternados.

De forma idêntica os cuidadores do sexo masculino também se deslocam à instituição para visitar os seus parentes uma vez por semana, ou em dias alternados. No entanto, são as mulheres que fazem visitas mais morosas.

Ao examinarmos a (tabela nº 53 em anexo) verificamos que o sexo do idoso não assume particular importância em relação ao que o cuidador faz durante a visita.

A conversação foi mencionada como uma prática comum durante o período de visita. Em consequência disso também referiram que os tempos que passam com os familiares são de qualidade (tabelas nºs 54 ; 55 em anexo).

Sexo do Idoso	Sim	Não	Total
Masculino	1	2	3
Feminino	5	2	7
Total	6	4	10

Tabela 37 Costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição

Tendo em vista os aspetos observados, apurámos que os cuidadores do sexo feminino costumam levar os seus familiares a passear fora da instituição com mais frequência do que os do sexo masculino e chegam a sair com eles várias vezes por ano.

No entanto, são os cuidadores que mencionaram que o tempo de contacto com os idosos não é suficiente, por outro lado as cuidadoras responderam de forma afirmativa, que o tempo de contacto é suficiente (tabelas nºs 56 ; 57 em anexo).

Sexo do Idoso	Sim	Não	Raramente	Total
Masculino	1	2	0	3
Feminino	4	1	2	7
Total	5	3	2	10

Tabela 38 Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos

Segundo a tabela, podemos apurar que cinco (5) idosos após terem sido institucionalizados continuam a frequentar a casa dos parentes próximos. Quatro (4) são do sexo feminino e um (1) do sexo masculino.

Contudo, também constatámos que três idosos não costumam frequentar a casa dos seus parentes.

Dois (2) são do sexo masculino e uma idosa do sexo feminino. Convém ainda lembrar que duas (2) idosas raramente saem da instituição.

O sexo dos idosos não é uma condicionante para classificarmos as relações familiares. Os familiares classificaram-nas como sendo muito boas, boas e razoáveis, mas os dados disponíveis não nos permitem avaliar se existem uma correlação entre a qualidade das relações e o sexo dos idosos.

O mesmo, podemos referir em relação aos tipos de sentimentos que os cuidadores expressam em relação à pessoa idosa.

O amor é o sentimento mais declarado por ambos os sexos. Posteriormente segue-se a compaixão. Porém, convém relembrar que este sentimento foi mencionado por pessoas sem laços de consanguinidade, no entanto, não podemos afirmar se esse fator influência ou não no tipo de sentimentos que o cuidador nutre pelo idoso (tabelas nºs 58 ; 59 em anexo).

Sexo do Idoso	Sim	Não	Total
Masculino	3	0	3
Feminino	6	1	7
Total	9	1	10

Tabela 39 A Doença de Alzheimer tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar

Confrontámos os familiares com a seguinte questão: A [DA] tem influência na forma como se relaciona com o seu familiar?

Cinco (5) cuidadoras responderam de forma afirmativa, que a doença influencia as relações, sob o mesmo ponto de vista também responderam três (3) cuidadores.

Por outro lado, não podemos afirmar que o sexo do idoso influencia a forma como a família se relaciona.

O que podemos concluir, é que a [DA] tem influência nas relações familiares, devido à incapacidade, à falta de autonomia e aos comportamentos que o idoso manifesta devido à doença (tabela nº,60 em anexo).

Relativamente à escolaridade do idoso permite-nos fazer uma breve caracterização das suas habilitações literárias.

Quando esta variável é correlacionada com as questões que colocámos aos cuidadores, verificamos que não existem dados que possamos referir como conclusivos.

Assim, podemos referir que a escolaridade do idoso não interfere na qualidade das relações familiares, na forma como se relacionam, com a frequência das visitas em meio institucional e com o que é feito familiares durante a mesma.

Por tudo isto, também não é possível apurar se a escolaridade dos clientes do Lar de Santa Beatriz que integraram a amostra se traduz num fator importante para as relações familiares e os laços afetivos entre doente de Alzheimer e a família.

Para fazermos uma análise mais pormenorizada sobre os cuidadores que constituíram a amostra deste estudo, é fundamental correlacionar as várias variáveis que os caracterizam com algumas questões que lhe foram colocadas durante a fase de investigação.

Escolaridade do Cuidador	Sobrecarga do cuidador, dificuldade na prestação dos cuidados e gestão da medicação	Falta de autonomia e dificuldade na satisfação das necessidades	Dificuldade do cuidador em saber lidar com a doença de Alzheimer	Existia muita dificuldade em cuidar dos dois membros do casal, porque ambos possuem DA	Perda de autonomia e dependência total, e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados	Total
Analfabeto	1	0	1	0	1	3
0-3 Anos	1	0	0	0	1	2
4-8 Anos	1	1	1	1	1	5
Total	3	1	2	1	3	10

Tabela 40 Quais os motivos que levaram a institucionalização do familiar

Ao examinarmos os dados, aferimos que existem vários fatores que conduzem os idosos com [DA] à institucionalização.

Quisemos saber se existe ou não uma correlação entre a escolarização e os motivos que conduziram os idosos à institucionalização, podemos apurar que os cuidadores analfabetos e os cuidadores com escolaridade (0-3 anos) apontam como razões para a institucionalização, a sobrecarga e a dificuldade na prestação de cuidados, a gestão da medicação, a dificuldade em saber lidar com a [DA], a perda de autonomia do seu familiar e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados.

De igual modo, os cuidadores com mais escolarização revelam as mesmas dificuldades, pelo que, os dados não nos permitem obter conclusões.

O mesmo se passa em relação à frequência com que o cuidador visita o idoso.

Não podemos referir que a frequência da visita, a duração da mesma e o que se faz durante esse período se deve ao facto dos cuidadores serem mais ou menos escolarizados.

No que diz respeito às classificações familiares (tabelas nºs 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67;68).

Escolaridade do Cuidador	Muito Boa	Boa	Razoável	Total
Analfabeto	0	3	0	3
0-3 Anos	0	1	1	2
4-8 Anos	3	2	0	5
Total	3	6	1	10

Tabela 41 Como classifica a relação com o familiar

Os cuidadores (analfabetos e 0-3) anos de escolaridade classificam as relações como boas e razoáveis.

Por outro lado os cuidadores com (4-8) anos de escolaridade classificam-nas como muito boas ou boas, mas não podemos confirmar se a escolaridade efluência de algum modo a qualidade das relações familiares, a sua proximidade em relação aos mais velhos, a qualidade dos afetos e o tipo de sentimentos em relação aos idosos.

Grau de Parentesco do Cuidador	Muito Boa	Boa	Total
Filho/ filha	4	4	8
Nora/ genro	0	1	1
Esposo/a	1	0	1
Total	5	5	10

Tabela 42 Relação com o familiar antes da Institucionalização

O grau de parentesco do cuidador em relação ao idoso permite-nos dissecar, ainda de forma sumária as relações familiares e os laços afetivos no seio familiar.

Perante os dados da amostra, podemos concluir que os (filhos /as, as noras/ genros e esposos/as) declararam que a relação com os seus parentes antes e após da institucionalização é classificada como boa ou muito boa.

Segundo estes familiares (filhos/ filhas; noras/ genros; esposas / esposos) os motivos que foram descritos como os principais motivos para a institucionalização, não divergem daqueles que já identificámos ao longo da nossa investigação.

Vive a que distancia da Instituição		5 Minutos	10 Minutos	Mais de 30 minutos	Total
Grau de Parentesco do Cuidador	Filho/ filha	4	4	0	8
	Nora/ genro	0	0	1	1
	Esposo/a	0	1	0	1
Total		4	5	1	10

Tabela 43 Vive a que distância da Instituição

Os cuidadores vivem relativamente perto da instituição onde os idosos residem, o que permite que os familiares os visitem com mais frequência, independentemente do grau de parentesco (filhos/as, noras/ genros, esposo/ esposa).

Podemos constatar que são os/as filhos /as que mais saem com os idosos para passear fora da instituição e afirmam fazer-lo várias vezes por ano.

O mesmo não se verifica em relação ao esposo e à nora que inquirimos. No entanto, não podemos afirmar que o grau de parentesco influencia a visitação como nos indica a (tabela nº 69 em anexo).

Por último, tal como observamos no quadro seguinte, verificamos que a situação económica da família não influencia na relação de proximidade e no número que os cuidadores fazem aos idosos.

A condição financeira do cuidador influencia a relações de proximidade em relação ao idoso.		Não	Total
Grau de Parentesco do Cuidador	Filho/ filha	8	8
	Nora/ genro	1	1
	Esposo/a	1	1
Total		10	10

Tabela 44 Situação económica da família influência a relação de proximidade e o número de visitas ao familiar

PARTE III

CAPÍTULO I

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados, centra-se numa fase do trabalho de investigação em que os dados obtidos no estudo são descritos e apresentados. Assim sendo, e como já explicamos anteriormente, a recolha de dados foi feita através da aplicação do [MMSE] aos idosos com [DA] em situação de institucionalização. Os familiares foram entrevistados para avaliar as Relações Familiares e os Laços Afetivos entre Família e Idoso.

A totalidade da amostra respondeu de forma afirmativa e contribuiu para nosso estudo de investigação.

Analisados os dados relativos à amostra, procedemos à discussão de resultados. Para isso, faremos a demonstração das hipóteses, comentando e aprofundando os resultados, assim como a confirmação ou refutação das hipóteses.

Partindo da caracterização dos utentes com [DA] institucionalizados que constituem a amostra, apurámos que os utentes investigados possuem uma média de idades de 80 anos e são maioritariamente do sexo feminino.

Segundo, Oliveira, (2005) existem alguns estudos que referem que a [DA] tem mais incidência nas mulheres do que nos homens, embora este discurso possa não ser totalmente correto.

Se tivermos em conta a relação da idade / género, poderemos afirmar que os dados obtidos vão ao encontro dos estudos de Imaginário (2004), dado que os mesmos comprovam que, nos idosos com idade maior ou igual a 65 anos as mulheres são mais representativas, em comparação aos idosos do sexo masculino e existe uma maior incidência da [DA].

A esperança média de vida do sexo feminino é superior a do sexo masculino, assim sendo, verifica-se que os homens vivem menos tempo e são afetados por outras doenças. O mesmo autor, em concordância como que já foi referido, afirma que a doença surge normalmente a partir dos 65 anos e dobra a cada 5 anos.

Outra explicação possível está na produção de hormonas. O estrógeno, hormônio produzido pelas mulheres, é conhecido por ser protetor do cérebro e a perda desse hormônio devido à menopausa pode ser responsável por deixar o cérebro mais suscetível ao desenvolvimento da [DA].

Oliveira (2005) aponta a escolarização e as profissões que exercemos como possíveis fatores de risco ou de prevenção da doença. A autora defende a ideia que pessoas mais escolarizadas, estão menos propensas ao aparecimento da [DA].

Os dados que analisamos atestam que dos 30 % dos inquiridos (trinta por cento) são analfabetos e 20% (vinte por cento) possui escolarização entre os 0 e os 3 anos.

As profissões que os utentes exerceram ao longo da sua vida estavam ligadas a trabalhos Domésticos e ao Setor Agrícola, o que aparentemente não lhe oferecia grande estímulo cognitivo para a prevenção da [DA], no entanto, não podemos afirmar se existe uma causa direta entre este fator de risco e o aparecimento da doença.

Aferimos que 60% (sessenta por cento) da amostra possuem défice cognitivo ligeiro.

Na perspetiva de Petersen (2004) este estadio representa uma síndrome definido como um declínio cognitivo maior do que o esperado para a idade e escolaridade de um indivíduo, mas que não interfere consideravelmente com as suas atividades de vida diária numa fase inicial da doença.

Atualmente os investigadores demostram grande interesse em realizar estudos científicos numa fase inicial da [DA] (Défice Cognitivo Ligeiro) para se poder investir no possível tratamento preventivo (Petersen, 2004). Para o autor, a designação de [DCL], como situação predominante [DA], está reservada aos indivíduos idosos que apresentam uma alteração isolada da memória (sem perda de outras capacidades intelectuais) e cuja autonomia está preservada. Para compensar as alterações da memória pode fazer-se uso de estratégias adequadas aos sinais e sintomas que cada utente apresenta, para assim se preservar e estimular as capacidades cognitivas ainda preservadas (Petersen, 2004).

Sabe-se que o [DCL] é uma situação frequente nos idosos, referindo-se taxas de incidência de 12 a 15/1000 nos indivíduos acima dos 65 anos de idade e 54/1000 acima dos 75 anos (Santana, 2003).

No que concerne à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e para melhor perceção do objeto de estudo, elaborámos um conjunto de questões que nos permitem traçar o perfil sociodemográfico dos mesmos.

Com base na leitura e fundamentação teórica analisada para o efeito, apurámos que o perfil dos cuidadores da nossa investigação não diverge muito de estudos semelhantes que foram analisados ao longo do período de pesquisa. Concluimos que 80% (oitenta por cento) dos cuidadores são do sexo feminino. São as mulheres e as filhas que assumem a responsabilidade da prestação de cuidados ao idoso, a gestão do lar, das lides domésticas e responsabilidade familiar, uma vez que são casadas ou separadas.

Os membros da família são os principais cuidadores informais ou familiares, geralmente são filhas ou esposas, predominando o sexo feminino na escolha para o ato de cuidar (Guedes, 2011).

Segundo os mesmos autores, é um compromisso que surge por obrigação, dever ou solidariedade.

Caldas (2002) cit in Guedes (2011) apresenta outra teoria e destaca a influência histórica, os aspetos culturais e os princípios religiosos como determinantes para prestação de cuidados idosos.

Fernandes et al. (2002) cit in Guedes (2011) acrescenta que os cuidadores assumem o papel pelas circunstâncias e não por escolha própria, embora reconheçam que essa deva ser a sua missão.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Sequeira (2010) defende que a responsabilidade pelo cuidado incide habitualmente sobre os familiares mais próximos ao declarar que a maioria dos cuidadores são conjugues ou filhas unidos por laços de amor, de intimidade e de proteção dos mais débeis.

De acordo com Figueiredo (2007), “tradicionalmente, a tarefa de cuidar de um idoso recai sobre o elemento feminino mais próximo”, porém, o papel de cuidador é assumido cada vez mais por elementos do sexo masculino. Além disso, os cuidadores parecem ser maioritariamente indivíduos casados e a viver próximo do idoso, dados que podemos confirmar ao longo da investigação e que caracterizam a amostra.

De acordo com a recolha de dados no terreno, as entrevistas realizadas aos familiares e os dados analisados, podemos reforçar as ideias apresentadas e descritas pelos diversos autores, uma vez que a responsabilidade assumida depende de vários fatores.

Alguns familiares/cuidadores, relataram-nos durante as várias conversas/entrevistas que se sentiam no dever e obrigação de cuidar devido aos seus princípios, no entanto, não tinha sido uma escolha própria, mas sim um conjunto de circunstâncias que os levou a assumir a responsabilidade como cuidadores familiares, o que vem reforçar as ideias apresentadas pelos diversos autores.

Apesar de poderem existir varias motivações, mais ou menos voluntárias para assumir o papel de cuidador, habitualmente não se trata de um processo voluntário ou de livre escolha (Figueiredo, 2007).

Segundo o autor “as pessoas que assumem a prestação informal de cuidados fazem-no através de um processo de «slipping into it» - «escorregar para dentro» e de um outro, o de «slipping out of it» - «escorregar para fora»”, isto é, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas “escorrega para dentro” da situação, e assume a tarefa de cuidar, outros descartam-se dessa responsabilidade e “escorregam para fora”.

Para uma análise mais pormenorizada, ainda nos foi possível apurar que apenas 20% (vinte por cento) dos cuidadores são do sexo masculino e assumem-se como filhos ou maridos dos utentes que representam a amostra. O que vai de encontro à ideia já descrita anteriormente. São principalmente as mulheres que assumem o comprometimento como

cuidadoras informais ou familiares embora o sexo masculino já comece a assumir essa responsabilidade.

Relativamente à escolarização dos cuidadores que cooperaram na investigação podemos confirmar que apenas 10% (dez por cento) não tinha frequentado a escola.

Sequeira, (2010) refere que o apoio informativo, instrumental e emocional é fundamental para o cuidador. A necessidade de informação e formação facilita a prestação de cuidados. O processo da prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico que exige formação e informação por parte dos cuidadores. A escolarização é um fator essencial no entendimento global da prestação de cuidados, no entanto, a informação e formação que cada um dispõe qualifica os cuidados, mas não qualifica os afetos, a empatia, o amor e os sentimentos positivos que um cuidador pode manifestar perante o doente.

Figueiredo, (2001) & Sequeira (2010, pp. 197) fazem referência a um conjunto de variáveis determinantes, acrescentando “a idade; o sexo; o rendimento; a escolaridade; o grau de parentesco; a ocupação/ atividade profissional, as atitudes e crenças; (...)”. Como sendo fundamentais na prestação cuidados, o que vem fundamentar a linha de pensamento descrita anteriormente.

Segundo Silva (2009), a otimização do exercício do papel do cuidador, passa pelo desenvolvimento de competências que facilita a qualidade da prestação de cuidados. Quanto maior é o domínio e o conhecimento das práticas de cuidar maior é o controlo sobre a situação e menores são as dificuldades sentidas. O mesmo autor refere que os cuidadores mais escolarizados são aqueles que procuram informação e formação.

Kalra, Evans, Perez, *et al.*, (2004) cit in Guedes (2011) defendem a necessidade de ensinar e treinar os familiares cuidadores a ajudar os utentes em atividades da vida diária. Salientam que existe a necessidade de preparar os familiares cuidadores para fazerem parte da rede informal que suporta o idoso.

A este respeito, Leme (2000) cit in Guedes (2011) refere que existem um conjunto de fatores tais como a escolarização, a formação/ informação, a capacitação e o treino preconizam uma abordagem mais profissional e eficaz.

Sequeira (2010) menciona que muitas vezes os cuidadores não possuem e qualificações académicas, formativas, científicas, bem como rigor técnico mas que apresentam valor simbólico e humano e com vínculos afetivos muito fortes.

Martins (2006) cit. in Guedes (2011) diz que a formação é fundamental no ato de cuidar mas discorda que os cuidadores com níveis de escolaridade mais elevados são mais informados e esclarecidos e melhores cuidadores do que os menos escolarizados.

Perante a realidade estudada e as conclusões a que chegámos é possível concordar com os vários autores, pois os cuidadores inquiridos revelaram que por vezes não capazes de cuidar, devido à sobrecarga e a exigência das necessidades que os idosos com [DA]

necessitam. A formação e a informação, segundo os familiares, é importante para saber como lidar com a doença e as dificuldades que surgem no dia-a-dia.

Segundo Figueiredo (2007), identificar as necessidades é um processo complexo, dada a variabilidade individual, a fase da prestação de cuidados e o contexto em que ocorrem. Salienta ainda que muitos cuidadores têm dificuldade em formular e imaginar as suas dificuldades, principalmente quando desconhecem as respostas existentes, logo o apoio de redes formais é imprescindível para prestar cuidados mais adequados a estes doentes.

Muitas vezes, não é o ato de cuidar em si que supera as dificuldades sentidas pelos familiares, mas é a autorrealização, as relações familiares positivas e os laços afetivos que fazem com que a fase final da vida sintam que cumpriram a sua missão.

Durante as ações de sensibilização foi possível apurar que os cuidadores não estavam totalmente esclarecidos em relação à doença: desconheciam a causa, a evolução dos estádios e os sinais e os sintomas. Verificou-se, assim a necessidade de esclarecer e clarificar estas lacunas na informação junto dos cuidadores.

Outro fator impeditivo para o cuidado no domicílio que não consta nos dados descritos mas que foi possível apurar durante as entrevistas, foi a idade dos cuidadores e a falta de saúde que alguns apresentam.

Quanto à idade, Figueiredo (2007) afirma que a maioria dos cuidadores informais são indivíduos entre os 45 e os 60 anos e quanto mais velhos são, mais problemas de saúde vão surgindo ao longo da vida.

Passando para outro foco de análise, as relações familiares e afetivas assumem particular importância no decorrer da investigação e é sobre esta matéria que nos vamos debruçar seguidamente.

A análise de resultados permite-nos um esclarecimento conceptual mais aprofundado sobre a abordagem das relações familiares e afetivas entre idosos institucionalizados com [DA] e a família.

Quisemos saber como era a relação familiar entre idoso/família antes e após a institucionalização e de que forma a [DA] influência ou não as relações e os laços afetivos entre parentes.

Numa primeira fase da nossa investigação verificámos que 50% (cinquenta por cento) os nossos cuidadores classificaram as relações familiares e afetivas sendo muito boas, igual percentagem respondeu que eram boas.

No entanto, não nos foi possível aferir com os utentes a qualificação das relações devido à [DA].

Numa segunda fase e após a institucionalização quisemos apurar se existiam alterações na qualificação das relações e verificamos que não existiam variações significativas, apenas se manifestou um decréscimo de 20% (vinte por cento) das relações muito boas.

Para aferir conclusões mais rigorosas, foi possível demonstrar que as relações familiares e os laços afetivos que representam a amostra não demonstram que a distância / proximidade a que os cuidadores vivem da instituição não têm influencia na forma como se relacionam os familiares institucionalizados. Importa clarificar que 90% (noventa por cento) dos cuidadores vive aproximadamente a 5/10 (cinco/ dez) minutos da instituição.

Podemos considerar que a proximidade entre família / instituição poderá ser um fator positivo para as relações familiares e para uma visitação mais assídua, bem como uma relação mais intensa entre família / idoso/ instituição.

Esta proximidade permite que os utentes possam sair para fora da instituição com os seus familiares de uma forma mais frequente e satisfatória.

De acordo com Sousa (2005), os principais cuidadores são os próprios familiares que geralmente coabitam com os idosos ou que moram bastante próximos.

A família é a célula básica para a sociedade, visa proporcionar apoio emocional, segurança aos seus membros mediante amor, atenção, interesse e compreensão. A componente afetiva mantém as famílias unidas, transmitindo sentimentos de pertença e identidade familiar (Kovier, 2003). O autor realça ainda a importância da família na vida dos idosos institucionalizados como um fator positivo para a saúde.

Contrariamente, a ausência da família pode ser um fator de risco para o aparecimento de patologias associadas a estados ansiedade, stress e depressão.

De acordo a literatura, as relações e os afetos positivos transmitem a sensação de segurança, de bem-estar e pertença ao idoso. Perante os dados, e o que foi possível apurar, podemos concluir que as relações familiares e afetivas entre idoso e família são positivas e afetuosas, o que se torna reconfortante para ambos.

Não se verificam sentimentos de frustração e abandono. Existe uma preocupação por parte dos cuidadores no reforço dos laços e em manter relações saudáveis e de continuidade. Durante o plano de ação as famílias foram incentivadas a participar e a responsabilizar-se pelas atividades de lazer e a visitar os familiares com regularidade e fortalecer os laços em benefício da saúde do idoso.

A institucionalização provoca sempre ruturas afetivas e familiares e implica a necessidade de construção de novos afetos, mas este processo será mais simples se as ruturas não ocorrerem de forma brusca ou se a família estiver presente.

Sousa (2005) refere, e bem, que as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a autoestima dos idosos juntos e a sua qualidade de vida. Manter as relações familiares e afetivas em equilíbrio pode ser motivo de satisfação para ambas as partes. O conflito, é prejudicial para qualquer ser humano e os afetos são fatores vinculativos em qualquer idade.

Silva, (2012) menciona que as relações familiares e os laços afetivos positivos, apresentam maior satisfação nos envolvidos.

Através dos dados analisados, não observamos situações de relações familiares e laços afetivos negativos, que se manifestam através de crises de ansiedade, depressão e ambientes desestabilizadores tanto para o doente como para a família. No entanto, ressaltamos que poderão existir situações na instituição mas que não fizeram parte da amostra.

Refletindo sobre as palavras-chave e após uma revisão da literatura convém lembrar que é muito importante olhar para as políticas públicas existentes em Portugal direcionadas para os doentes de Alzheimer e para os cuidadores e familiares. A escassez de apoios e recursos conduz estes doentes à institucionalização, desvinculando e desenraizando-os doente do seu ambiente não beneficiando a sua saúde e afetando a sua qualidade de vida e a qualidade de vida dos seus familiares. Urge, portanto, identificar os problemas e criar respostas.

O ser humano necessita, em qualquer fase da sua vida, de estabelecer relações e laços afetivos, de amar e ser amado. É no seio da família que mesmo em situações em que é impossível partilhar o mesmo espaço físico, os idosos devem ser apoiados, sendo os laços afetivos mais importantes (Imaginário, 2004).

Paúl (1997) Alerta para a necessidade do reforço dos laços afetivos entre o familiar e o idoso, afirmando que nesta fase da vida existe maior necessidade dos sentimentos de ligação, tal como na infância.

Alguns estudos com pessoas idosas reconheceram que, indivíduos que sofrem de Alzheimer e que não se recordam de contacto com os familiares ficam com sentimentos mais calorosos e com uma maior sensação de conforto após contacto com estes. Uma visita a um idoso com doença de Alzheimer vai deixá-los com um sentimento de alguma satisfação (Sequeira, 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo é resultado de um longo caminho de investigação, prático e reflexivo que nos proporcionou a aprendizagem de outros conhecimentos e competências sobre o exercício da Gerontologia e particularmente sobre a importância da família e da afetividade para os Doentes de Alzheimer Institucionalizados.

Consideramos que foi uma experiência positiva e enriquecedora em que houve a necessidade de estruturar as várias práticas:” teóricas; metodológicas, intervenção/ ação”.

Procurámos entender qual o papel que a família assume na vida dos idosos institucionalizados; qual a importância dos afetos na qualidade de vida de pessoas com [DA].

A família não ousa falar abertamente das relações familiares e dos afetos, como tal, torna-se necessário ganhar a empatia e confiança no meio familiar para trabalhar estas temáticas. Conclui-se, que o afeto respeita a dignidade da pessoa humana, nesse sentido, as famílias têm o dever de cuidar, proteger e responsabilizar-se por acompanhar de perto os seus parentes e prestar o apoio possível. A visita regular aos idosos facilita o reforço dos laços e relações de proximidade.

A comunicação é fulcral para a partilha de afetos e sentimentos, todavia, verifica-se que também pode ser um fator limitativo para a interação com doentes em estadios mais avançados. No entanto, de forma consciente ou inconscientes estes idosos manifestam comportamentos não-verbais que permite compreender as intenções, os sentimentos e as emoções perante os seus, o que torna os laços mais intensos.

Sequeira (2007) refere que existem estudos que demonstram que as famílias que institucionalizam os seus velhos os visitam em média três vezes por semana, contudo, com o passar do tempo as visitas vão diminuindo, chegando a ser apenas uma ou duas vezes por ano.

Contrariamente, na realidade estudada, isso não se verifica. Podemos considerar que será um caso atípico, não se observam casos de abandono institucional, ou afastamento prolongado. As visitas são regulares e permanentes, é notório, uma interação entre família/ idoso / instituição, bem como a participação em eventos da instituição, festas de aniversário, dias simbólicos e atividades de lazer, o permite reforçar e restabelecer vínculos e laços familiares.

As relações familiares são qualificadas pelos cuidadores como sendo boas ou muito boas e os sentimentos nutridos pelos parentes são positivos e não se verificam situações de conflito.

Sequeira (2010) aponta para alguns estudos em que indivíduos que sofrem [DA] não se lembram do contacto com os seus parentes, mas que após a sua presença, ficam com sentimentos mais calorosos e maior sensação de conforto. Curiosamente podemos constatar e partilhar da mesma opinião em relação aos dados obtidos.

Para além do estudo metodológico e intervenção / ação, a observação da problemática em meio institucional capacitou-nos sobre a prática profissional gerontológica e um entendimento mais amplo que os dados não permitem apurar.

A intervenção permitiu de alguma forma promover, consciencializar e alertar para necessidade das relações humanas e dos afetos, embora se possa considerar que a amostra apresente indicadores pouco preocupantes relativamente a esta temática.

Os cuidadores residem relativamente perto da instituição e apresentam boas relações familiares e afetivas com os idosos, o nos parece ser fatores positivos para obtermos dados positivos em relação ao objeto de estudo. A alteração de comportamento antes e após a intervenção não sofreu alterações significativas.

O Projeto permitiu-nos obter um conhecimento mais aprofundado da realidade das instituições geriátricas, porém, não podemos generalizar comportamentos, atitudes e ideias pré-concebidas porque nem todos os idosos institucionalizados não esquecidos e abandonados pelos seus parentes.

O ponto alto da intervenção verificou-se quando se trabalhou a promoção das relações familiares e a importância dos afetos e das relações de proximidade para a qualidade de vida dos doentes institucionalizados com [DA]. Pretendemos transmitir novas formas de agir e pensar em relação à institucionalização, aos afetos, e ao papel da família nesta fase da vida, para que os idosos não se sintam desintegrados e esquecidos pela família.

Consciencializamos e avertimos as famílias para os benefícios das relações positivas e dos afetos para o Doente de Alzheimer.

Durante o processo de intervenção / ação, fomos confrontados com algumas ameaças / oportunidades que tivemos que contornar. Alguns cuidadores sentiram em nós confiança e empatia suficiente para demonstrar as suas preocupações, as suas angústias e tristezas. O que para a investigação se tornou uma ambiguidade. Permite-nos conhecer a realidade de uma

forma mais intimista, mas não nos permite atuar. No final de cada sessão, os cuidadores, tiveram oportunidade de fazer a sua avaliação. 90% (noventa por cento) das sessões foram classificadas como muito boas, 100% (cem por cento) das sessões com sendo muito esclarecedoras; 80 % das sessões foram classificadas como sendo muito úteis e 20% (vinte por cento) como sendo úteis.

Concluimos que, de um modo geral a intervenção foi mais informativa e esclarecedora do que ativa, uma vez os familiares manifestaram ter comportamentos adequados e que iam de encontro ao que se pretendia com o projeto. Contudo, a institucionalização tem sempre um impacto negativo para o idoso.

Falar de afetos e relações afetivas com as famílias, numa fase inicial foi um desafio. O ser humano sente a necessidade de afeto, carinho e amor, mas revela dificuldade em falar de sentimentos e expressar as suas necessidades.

Os idosos institucionalizados ou não, com [DA] são pessoas de corpo inteiro e não seres inferiorizadas pela perda de capacidade, pela manifestação da doença, ou pela diminuição ou ausência dos laços afetivos.

Não senti que o Lar de Santa Beatriz em Campo Maior fosse um lar fechado e virado para dentro, apresentam uma atitude de mudança em relação aos idosos institucionalizados e grande abertura aos familiares.

A Equipa Técnica, desenvolve estratégias inovadoras através do Gabinete de Alzheimer M@ior no sentido de estimular e desenvolver estratégias e capacitação para os seus utentes e as suas famílias.

A temática abordada, foi um desafio ao qual procuramos responder da melhor forma e com as soluções mais adequadas. À luz da gerontologia e com a ajuda da literatura, dos conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Gerontologia e Saúde somos hoje pessoas mais informadas, mais despertas e aptas para o trabalho com idosos e para a "Promoção das Relações Familiares e dos Laços Afetivos entre Doente de Alzheimer Institucionalizado e a Família"

Tentámos criar novas sinergias, novas formas de agir e pensar em relação aos doentes Alzheimer, às relações familiares e às relações afetivas e criar elos de ligação e vínculos entre família e idoso.

Para o doente de Alzheimer, a perceção de perda, abandono, rejeição ou de desamparo pode desencadear no idoso sentimentos de tristeza e solidão geralmente associados à

sensação de vazio e à perda de autonomia. A solidão resulta da ausência de vínculos afetivos e sociais que podem agravar a doença.

Em resposta à questão de partida, podemos agora sumariar que: as relações familiares e as relações afetivas assumem particular relevância para os doentes de Alzheimer institucionalizados. Quando a interação é positiva, contribui para uma melhor qualidade de vida, para sentimentos de pertença ao seu ambiente familiar e trazem benefícios a nível biopsicossocial.

Pensamos ter dado resposta aos objetivos propostos, sendo certo que, podemos fazer sempre mais e melhor.

Estamos convictos da dura realidade dos doentes com Alzheimer, das suas famílias e das instituições que os acolhem e das dificuldades que ultrapassam.

Propomo-nos dar continuidade a esta temática aceitando e emergindo em novos desafios.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, R. (2012). “*Atenção Seletiva e Declínio Cognitivo*”. Tese de Mestrado de Psicologia, Instituto Superior Miguel Torga. Acedido a 29 de maio de 2014 em <http://repositorium.lsmpt.pt/handle/123456789/96>.

Apóstolo, J. (2012). “*Instrumento para a Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*”. In ESENFEC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 13 de Janeiro de 2014 em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QQpxsb4mHhMJ:www.esenfc.pt/v02/include/download.php%3Fid_ficheiro%3D20538%26codigo%3D688697509+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Berbaum, J. (1993). “*Aprendizagem e Formação*”. Porto: Porto Editora.

Bidarra, M. (2013). “*Sobrecarga do Cuidador Familiar da Pessoa com Quadro de Demência, em Contexto Domiciliário*”. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Acedido a 15 de Agosto de 2013 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6298/1/Mestrado%20sobrecarga%20dos%20cuidadores%20informais%20com%20quadro%20de%20d.pdf>

Cancela, D. (2007). “*O Processo de Envelhecimento*”. In Psicologia - Portal dos Psicólogos. Universidade Lusíada do Porto. Acedido a 30 de Janeiro de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Concha, B. (2011). “*Famílias com Doentes de Alzheimer: Contributos dados pelos enfermeiros*”. Faculdade de Ciências Sociais. Universidade Fernando Pessoa. Acedido a 2 de Agosto de 2014 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2732/3/T_18320.pdf

Dias, M. (2011). Gestão e Desenvolvimento.” *Um olhar sobre a Família perspectiva Sistémica - O Processo de Comunicação no Sistema Familiar*”. pp 139-156. Acedido a 2 de Agosto de 2014 em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf

Falé, R., (2006, Setembro). “*Doença de Alzheimer: O novo caso a cada sete segundos*”. Revista Medicina & Saúde, (nº107, 52-54).

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fornari, L. et al. (2010, Outubro). “As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?”. Scientia Medica (Porto Alegre); Nº2 (volume 20) p. 185-193. Acedido a 19 de Abril de 2014 em [file:///C:/Users/Ros%C3%A1lia/Downloads/5824-25944-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Ros%C3%A1lia/Downloads/5824-25944-2-PB%20(2).pdf)

Fontaine, R. (2000). “*Psicologia do Envelhecimento*”. Lisboa: Climepsi

Fortin, M. (2009). “O processo de investigação: da concepção à realização”. 4ª Edição. Loures: Lusociência.

Guedes, S. (2011). “*Cuidar de Idosos com Dependência em Contexto Domiciliário: Necessidades Formativas dos Familiares Cuidadores*” Dissertação de Mestrado; Porto, 2011: Acedido a 2 de Abril de 2016 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9200/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20Comunit%c3%a1ria.pdf>

Gonçalves, M. (2009). “*A experiência de Familiares Cuidadores de Idosos com a Doença de Alzheimer e os Métodos de Investigação Utilizados Junto a esta População*”. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre / RS, Abril de 2009. Acedido a 2 de Fevereiro de 2014 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18912/000732909.pdf?sequence=>

Guerra, S. (2012). “*Demência de Intervenção: Visão Sistémica e Desenvolvidor*”. Dissertação de doutoramento gerontologia e geriatria, Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Acedida a 21 de Abril de 2014 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/9461/1/TESE%20Sara%20Guerra.pdf>

Instituto de Segurança Social. (2005). “*Situação Social dos Doentes de Alzheimer – um estudo exploratório*”. Fundação Montepio Geral. Acedido a 3 de Dezembro de 2013 em <https://www.advita.pt/userfiles/file/Situa%C3%A7%C3%A3o%20actual%20alzheimer.pdf>

Leitão, O. & Guimarães, M. (1999). “*Manual do Cuidador*”. Comissão Europeia e Alzheimer Europe. 2ª Edição. Lisboa. In Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Alzheimer. Acedido a 27 de Janeiro de 2014 em http://alzheimerportugal.org/public/files/manual_do_cuidador.pdf

Leite, J. (2008). “*A perspectiva do Farmacêutico na Doença de Alzheimer*”. In Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido a 27 de Janeiro de 2014 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1103/2/monografia%20final.pdf>

Lucas, C., et. al., (2013). “A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções. In *Portal dos psicólogos*”. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior. Acedido a 15 de Janeiro de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0662.pdf>

Marconi, M.D. & Lakatos (2002). “*Técnicas de Pesquisa: Planeamento e Execução de Pesquisa, Amostragem e Técnicas de Pesquisa, Elaboração de Análise e interpretação*”. São Paulo. Editora Atlas.

Magalhães, J. (2007). “*Defeito cognitivo ligeiro, entidade de risco para doença de Alzheimer - estudo integrado de variáveis de prognóstico*”. In Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Acedido a 23 de Janeiro de 2014 em https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/12368/1/Joana%20Caldas_2007_Defeito%20Cognitivo%20Ligeiro.pdf

Município de Campo Maior. (2012). Apresentação do Gabinete Alzheimer. M@ior. In Câmara Municipal de Campo Maior. Acedido a 28 de Janeiro de 2014 em <http://www.cm-campo-maior.pt/pt/noticias/noticias-social/1279-apresentacao-do-gabinete-alzheimer-m-ior>

Nérici, I. G. (1977).” *Metodologia do Ensino: uma introdução*”. São Paulo: Atlas

Oliveira, M., et. al., (2005).” *Doença de Alzheimer - Perfil Neuropsicológico e Tratamento*”. In Portal dos Psicólogos. Licenciatura em Psicologia da Saúde. Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia. Acedido a 13 de Janeiro de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF>

Osório, L. (1996). “*Família Hoje*”. Artes Médicas, Porto Alegre.

Pereira, F. (2012). “Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para os Cuidadores de Idosos”. Viseu: Psico & Soma.

Pereira, P. (2013). “*Doença de Alzheimer- Perspectivas de Tratamento*”. In Universidade da Beira Interior- Ciências da Saúde. Covilhã. Acedido a 13 de Janeiro de 2014 em http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload../0/1067/a20055_4985pdf.pdf.

Petersen, R. “Défice Cognitivo – O Envelhecimento e a doença de Alzheimer”. Climepsi editoras, 1ª Edição, Lisboa, 2004.

Pinto, F. (2008). “ *As Muitas Faces da Afetividade: Um Breve Debate Sobre o Funcionamento Psicológico do Ser Humano*”. Acedido a 3 de Agosto de 2014 em <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/232/579> to de 2014

Santana, I (2003). O Defeito Cognitivo Ligeiro: Entre o envelhecimento e a demência. Psychol

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda

Sérgio, J. & Valença, Â. (2003).” *Alguns Conselhos sobre a Doença de Alzheimer*”. Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. Acedido a 3 de Dezembro de 2013 em http://alzheimerportugal.org/public/ImageCloseUp.php?image_title=Imagem&image_url=http://alzheimerportugal.org/public/uploads/texts/text_256.jpg

Serrano, G. (2008).” *Elaboração de projetos sociais. Casos Práticos*”. Porto: Porto Editora

Silva, R. (2012). “*Vivências Afetivas na Terceira Idade num Contexto Institucional*”. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Sociais. Acedido a 5 de Agosto de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13338/1/TESE%20COMPLETA%20RAQUEL.pdf>

Silva, C. (2013). “*Aproximar a família ao idoso institucionalizado*”. Acedido a 10 de Agosto de 2014 em http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/123456789/1432/TM_2013_MIC.CarinaRaquelSilva.pdf?sequence=1

Sousa, M., & Marçal, S., (2005, Julho). *Porque vão os idosos para os lares: Determinantes no Internamento de Pessoas Maiores de 65 Anos em Instituições de Longa Permanência*. Alterações Emocionais dos cuidadores de Doentes com provável doença de Alzheimer – Revista Sinais Vitais, (nº61,45-48).

Starling, D. (2012). *“Investigação de biomarcadores de diagnósticos para a doença de Alzheimer no líquido cefalorraquidiano, na saliva e na mucosa oral”*. In Biblioteca digital da Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte. Acedido a 17 de Janeiro de 2014 em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8YNQSJ/tese_daniela_siqueira_veloso_starling.pdf?sequence=1

Pinto, D. (2013). “Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais. Acedido a 12 de Agosto de 2014 em https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6622/1/Dora%20Pinto_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20para%20obten%C3%A7%C3%A3o%20de%20grau%20de%20Mestre_Vers%C3%A3o%20Final.pdf

Quivy, R.; & Campenhoudt, L. (2003). Manual de investigação em ciências sociais (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Oliveira, (2005). *“Doença de Alzhiemer; o Perfil Neuropsicólogo e tratamento”* Dissertação d mestrado. Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia. Acedido a 5 de Abril de 2016 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF>.

ANEXOS

ANEXOS PARTE I

ANEXO I

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar. Jun.
Fase de integração: Estabelecer relação de confiança as famílias e utentes.	1 ^a					
1 ^a Sessão: Apresentação do estudo Aplicação dos questionários	2 ^a					
2 ^a Sessão Promover as relações familiares -Utente/ Família		1 ^a				
3 ^a Sessão Mediar conflitos – sobrecarga familiar e cansaço		2 ^a				
4 ^a Sessão Avaliar a relação antes da institucionalização-idoso família			1 ^a			
5 ^a Sessão Avaliar/ promover a frequência das visitas e o grau de proximidade			2 ^a			
6 ^a Sessão Possíveis Causas do afastamento				1 ^a		
7 ^a Sessão Responsabilizar a família sobre tarefas de lazer				2 ^a		
8 ^a Sessão Informar a família sobre as relações familiares positivas e a necessidade de afeto					1 ^a	
9 ^a Sessão Conclusão Avaliação					2 ^a	
Tratamento de dados/ Análise de Resultados						

Fonte: Elaboração Própria - Cronograma de atividades.

ANEXO II

CONSENTIMENTO INFORMADO



Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação de Portalegre



CONSENTIMENTO INFORMADO

Carla Pires, Assistente Social e aluna do 2º Ano do Mestrado de Gerontologia, a decorrer na Escola Superior de Educação de Portalegre - IPP.

O Estudo de Investigação designa-se “ *Promoção das Relações Familiares e Laços Afetivos entre Doente de Alzheimer e a Família*” e visa a obtenção do grau de Mestre.

Os Instrumentos de recolha de dados aplicados têm como objetivo recolher a informação acerca das Relações Familiares dos Doentes de Alzheimer Institucionalizados e a Família.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo retirar-se a qualquer momento sem qualquer dano ou prejuízo.

A recolha de dados é efetuada através de um questionário aos familiares dos doentes de Alzheimer institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior.

Será ainda aplicado um questionário MMSE - Mini Mental State Examination aos utentes com Doença de Alzheimer da mesma instituição.

A confidencialidade dos dados recolhidos são totalmente assegurados e não são feitos juízos de valor sobre a informação cedida e os nomes dos intervenientes não serão referidos em qualquer parte do trabalho.

Li o presente formulário de consentimento informado e voluntariamente aceito participar no estudo.

2014 / ____ / ____

Assinatura do Participante

ANEXO III

QUESTIONÁRIO MINI MENTAL STATE EXAMINATION

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____

Data de nascimento / idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Estado Civil _____

Profissão _____

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da Semana estamos? _____

Nota: _____

Em que País estamos? _____

Em que Distrito vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (Contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“ Vou dizer três palavras: queria que repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabe-las de cor”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Para o fim de 5 respostas).

27__24__21__18__15__

Nota: _____

4 - Evocação (1 Ponto por cada resposta correta)

“ Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar “

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 Ponto por cada resposta correta)

a) Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b) “ Repita a frase que vou dizer “ *O Rato Roeu a Rolha* “

Nota: _____

c) “ Quando eu lhe der esta folha de papel, peque nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa” Dar a folha pegando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota _____

d) " Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz ". Mostrar o Cartão com a Frase bem legível " Feche os olhos" sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos____

Nota____

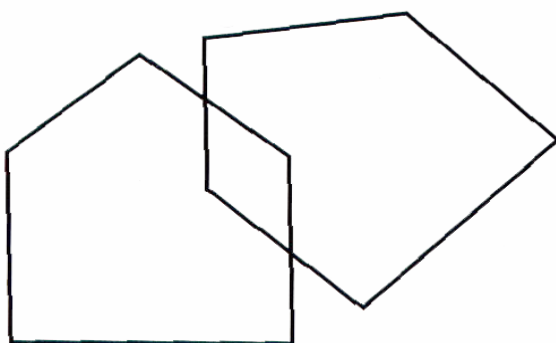
e) " Escreva uma frase inteira aqui" Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota____

6.Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar o desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valor o tremor ou rotação.



Cópia

Nota____

TOTAL (Máximo 30 pontos):____

Considera-se com defeito cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Fonte:

http://www.saudedireta.com.br/docupload/1341144719mini_exame_do_estado_mental.pdf

ANEXO IV

GUIÃO DE ENTREVISTA



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre



Mestrado em Gerontologia

Questionário (Guião)

O presente questionário surge no âmbito de um estudo integrado no Mestrado de Gerontologia, lecionado na Escola Superior de Educação de Portalegre.

Tem como principal objetivo recolher a sua opinião acerca das *Relações Familiares e Laços Afetivos entre Doente de Alzheimer Institucionalizado e a Família*.

A elaboração do instrumento de avaliação teve a colaboração de vários peritos, pelo que importa referir:

- O Professor Doutor Alexandre Martins - Escola Superior de Educação de Portalegre;*
- O Enfermeiro Celso Silva - Especialista Departamento Psiquiatria e Saúde Mental da ULSNA; Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;*
- O Dr. Manuel Sardinha – Médico Psiquiatra e Assistente Graduado Sénior;*
- O Professor e Orientador Raúl Cordeiro - Escola Superior de Saúde de Portalegre.*

A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade e a sua colaboração

Campo Maior, _____ de _____ 2014

Mestranda Carla Pires

QUESTEONÁRIO (GUIÃO)

I-DADOS PESSOAIS
<i>1.Dados do Familiar</i>
a) Sexo
b) Idade
c) Estado Civil
d) Grau de parentesco relativamente ao idoso
e) Profissão
f) Habilitações Literárias

II. MOTIVOS E AGENTES INTERVENIENTES NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
<i>2.Como era a relação com o seu familiar antes da institucionalização?</i>
a) Muito boa
b) Boa
c) Má
d) Muito má

<i>3. Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização, do seu familiar?</i>

III. CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO FAMÍLIA/ IDOSO APÓS A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO
<i>4. Vive a que distancia da instituição?</i>
a) 5 Minutos
b) 10 Minutos
c) 20 Minutos
e) 30 Minutos
e) Outra

5. Com que frequência visita o seu familiar?
a) Todos os dias
b) Dia sim, dia não
c) Uma vez por semana
d) Uma vez por mês
e) De três em três meses
f) Uma vez por ano
g) Outra

5.1 Qual a duração da visita?
5.2 O que faz durante a visita?
5.3. Considera que o tempo que passa como o seu familiar é de qualidade?
a) Sim
b) Não

6. Costuma levar o seu familiar a passear fora da Instituição?
a) Sim
b) Não
c) Porquê?

6.1 Quantas vezes por ano?

7. O tempo de contato que mantem com o vosso familiar considera suficiente?
a) Sim
b) Não

8. Após institucionalização, o seu familiar frequenta a casa dos seus parentes?
a) Uma vez por semana
b) Duas em duas semanas
c) Mês a mês
d) Somente em épocas festivas

IV.CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS FACE ÀS RELAÇÕES FAMILIARES
9.Como classifica a relação que tem com o seu familiar?
a) Muito Boa
b) Boa
c) Razoável
d) Má
e) Porquê?

10. Que tipo de sentimentos sente em relação ao seu familiar?
a) Amor
b) Amizade
c) Compaixão
d) Raiva
e) Outro sentimento, qual?

11. A Doença de Alzheimer tem Influência na forma como se relaciona com o seu familiar? De que modo?
a) Sim
b) Não

V. AVALIAÇÃO SOCIOECONÓMICA
12. A situação económica da família tem influência na relação de proximidade e no número de visitas ao idoso?
a) Sim
b) Não
Porquê?

Fonte: Elaboração Própria
Obrigada pela colaboração!
Mestranda Carla Pires

ANEXOS PARTE II

ANEXO I

FICHA DE AVALIAÇÃO

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**PROMOÇÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E DOS LAÇOS AFETIVOS ENTRE DOENTE
DE ALZHEIMER INSTITUCIONALIZADO E A FAMÍLIA**

Nome da Sessão _____

Sessão Nº _____

Em cada questão coloque um **x** na alínea que considera correta

1-Considera que a sessão foi:

- a) Muito má ☐
- b) Má ☐
- c) Boa ☐
- d) Muito boa ☐

2-Considera que a sessão foi

- a) Nada esclarecedora ☐
- b) Esclarecedora ☐
- c) Esclarecedora ☐
- d) Muito esclarecedora ☐

3-Considera que a sessão foi

- a) Pouco útil ☐
- b) Útil ☐
- c) Muito útil ☐

Obrigada pela sua colaboração

Mestranda: Carla Pires

Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do seu familiar						
Idade do idoso	Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do seu familiar					Total
	Sobrecarga do cuidador, dificuldade na prestação dos cuidados e gestão da medicação	Falta de autonomia e dificuldade na satisfação das necessidades	Dificuldade do cuidador em saber lidar com a doença de Alzheimer	Existia muita dificuldade em cuidar dos dois membros do casal, porque ambos possuem DA	Perda de autonomia e dependência total, e a falta de ajuda de terceiros na prestação de cuidados	
72	0	0	1	1	0	2
74	0	0	0	0	1	1
79	0	0	0	0	1	1
80	1	0	0	0	0	1
82	0	1	1	0	0	2
83	0	0	0	0	1	1
87	1	0	0	0	0	1
90	1	0	0	0	0	1
Total	3	1	2	1	3	10

Tabela 45 Indique quais os principais motivos que levaram à institucionalização do seu familiar

Com que frequência visita o seu familiar				
Idade do idoso	Com que frequência visita o seu familiar			Total
	Diariamente	Em dias alternados	1 Vez por semana	
72	1	1	0	2
74	0	1	0	1
79	1	0	0	1
80	1	0	0	1
82	1	1	0	2
83	0	1	0	1
87	0	1	0	1
90	0	0	1	1
Total	4	5	1	10

Tabela 46 Com que frequência visita o seu familiar

Qual a duração da visita				
Idade do idoso	Qual a duração da visita			Total
	Uma tarde	Aproximadamente uma hora	Cerca de 30 minutos	
72	0	2	0	2
74	0	0	1	1
79	0	1	0	1
80	0	1	0	1
82	1	0	1	2
83	0	0	1	1
87	0	1	0	1
90	1	0	0	1
Total	2	5	3	10

Tabela 47 Qual a duração da visita

Considera que o tempo que passa com o seu familiar é que qualidade		
Idade do idoso	Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	Total
	Sim	
72	2	2
74	1	1
79	1	1
80	1	1
82	2	2
83	1	1
87	1	1
90	1	1
Total	10	10

Tabela 48 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade

O tempo de contacto que mantêm com o seu familiar, considera-o suficiente			
Idade do idoso	O tempo de contacto que mantêm com o seu familiar, considera-o suficiente		Total
	Sim	Não	
72	2	0	2
74	0	1	1
79	0	1	1
80	1	0	1
82	0	2	2
83	0	1	1
87	0	1	1
90	0	1	1
Total	3	7	10

Tabela 49 O tempo de contacto que mantêm com o seu familiar, considera-o suficiente

Costuma levar o seu familiar passear fora da instituição			
Idade do idoso	Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição		Total
	Sim	Não	
72	1	1	2
74	1	0	1
79	0	1	1
80	1	0	1
82	2	0	2
83	0	1	1
87	1	0	1
90	0	1	1
Total	6	4	10

Tabela 50 Costuma levar o seu familiar passear forma da Instituição

Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos				
Idade do idoso	Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos			Total
	Sim	Não	Raramente	
72	1	0	1	2
74	0	1	0	1
79	0	1	0	1
80	1	0	0	1
82	1	0	1	2
83	0	1	0	1
87	1	0	0	1
90	1	0	0	1
Total	5	3	2	10

Tabela 51 Após a institucionalização, o seu familiar continua a frequentar a casa de parentes próximos

Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar				
Idade do idoso	Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar			Total
	Amor	Amizade	Compaixão	
72	1	1	0	2
74	0	0	1	1
79	0	0	1	1
80	1	0	0	1
82	2	0	0	2
83	1	0	0	1
87	1	0	0	1
90	1	0	0	1
Total	7	1	2	10

Tabela 52 Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar

Qual a duração da visita				
Sexo do idoso	Qual a duração da visita			Total
	Uma tarde	Aproximadamente uma hora	Cerca de 30 minutos	
Masculino	1	0	2	3
Feminino	1	5	1	7
Total	2	5	3	10

Tabela 53 Qual a Duração da visita

De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar			
Idade do idoso	De que modo a DA influência a forma como se relaciona com o seu familiar		Total
	A incapacidade e a falta de autonomia não permitem uma relação de mais proximidade	Devido à doença, os comportamentos que o meu familiar tem influenciam na forma como nos relacionamos	
72	2	0	2
74	1	0	1
79	1	0	1
82	1	1	2
83	1	0	1
87	1	0	1
90	1	0	1
Total	8	1	9

Tabela 54 De que modo a DA influência a forma como se relaciona com o seu familiar

O que faz durante a visita				
Sexo do idoso	O que faz durante a visita			Total
	Conversamos, vimos televisão e passeamos	Conversamos	Conversamos e tento saber com os técnicos como é o estado de saúde da minha familiar	
Masculino	1	2	0	3
Feminino	3	3	1	7
Total	4	5	1	10

Tabela 55 O que faz durante a visita

Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade		
Sexo do idoso	Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	Total
	Sim	
Masculino	3	3
Feminino	7	7
Total	10	10

Tabela 56 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade

Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição				
Sexo do idoso	Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição			Total
	Várias vezes por ano	Raramente costumo sair com meu/ minha familiar fora da instituição	Nunca costumo levar o meu / minha familiar fora da instituição	
Masculino	1	1	1	3
Feminino	5	1	1	7
Total	6	2	2	10

Tabela 57 Quantas vezes por ano costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição

O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente			
Sexo do idoso	O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente		Total
	Sim	Não	
Masculino	0	3	3
Feminino	3	4	7
Total	3	7	10

Tabela 58 O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente

Como classifica a relação que tem com o seu familiar				
Sexo do idoso	Como classifica a relação que tem com o seu familiar			Total
	Muito Boa	Boa	Razoável	
Masculino	1	2	0	3
Feminino	2	4	1	7
Total	3	6	1	10

Tabela 59 Como classifica a relação que tem com o seu familiar

Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar				
Sexo do Idoso	Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar			Total
	Amor	Amizade	Compaixão	
Masculino	2	0	1	3
Feminino	5	1	1	7

Tabela 60 Que tipos de sentimentos expressam melhor a sua relação com o seu familiar

De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar.			
Sexo do idoso	De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar		Total
	A incapacidade e a falta de autonomia não permitem uma relação de mais proximidade	Devido à doença, os comportamentos que o meu familiar tem influenciam na forma como nos relacionamos	
Masculino	3	0	3
Feminino	5	1	6
Total	8	1	9

Tabela 61 De que modo a DA influencia a forma como se relaciona com o seu familiar

Com que frequência visita o seu familiar				
Escolaridade do cuidador	Com que frequência visita o seu familiar			Total
	Diariamente	Em dias alternados	1 Vez por semana	
Analfabeto	1	2	0	3
0-3 Anos	2	0	0	2
4-8 Anos	1	3	1	5
Total	4	5	1	10

Tabela 62 Com que frequência visita o seu familiar

Vive a que distância da instituição				
Escolaridade do cuidador	Vive a que distância da instituição			Total
	5 Minutos	10 Minutos	Mais de 30 minutos	
Analfabeto	0	2	1	3
0-3 Anos	1	1	0	2
4-8 Anos	3	2	0	5
Total	4	5	1	10

Tabela 63 Vive a que distância da instituição

Qual a duração da visita				
Escolaridade do cuidador	Qual a duração da visita			Total
	Uma tarde	Aproximadamente uma hora	Cerca de 30 minutos	
Analfabeto	0	2	1	3
0-3 Anos	0	2	0	2
4-8 Anos	2	1	2	5
Total	2	5	3	10

Tabela 64 Qual a duração da visita

O que faz durante a visita				
Escolaridade do cuidador	O que faz durante a visita			Total
	Conversamos, vimos televisão e passeamos	Conversamos	Conversamos e tento saber com os técnicos como é o estado de saúde da minha familiar	
Analfabeto	1	2	0	3
0-3 Anos	1	0	1	2
4-8 Anos	2	3	0	5
Total	4	5	1	10

Tabela 65 O que faz durante a visita

Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade		
Escolaridade do cuidador	Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade	Total
	Sim	
Analfabeto	3	3
0-3 Anos	2	2
4-8 Anos	5	5
Total	10	10

Tabela 66 Considera que o tempo que passa com o seu familiar é de qualidade

Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição			
Escolaridade do cuidador	Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição		Total
	Sim	Não	
Analfabeto	1	2	3
0-3 Anos	1	1	2
4-8 Anos	4	1	5
Total	6	4	10

Tabela 67 Costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição

Se não costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição, indique as razões				
Escolaridade do cuidador	Se não costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição, indique as razões			Total
	Falta de disponibilida de devido a questões laborais.	A incapacidade total não da minha familiar não permite sair da instituição	Não respondeu	
Analfabeto	1	1	1	3
0-3 Anos	0	1	1	2
4-8 Anos	1	0	4	5
Total	2	2	6	10

Tabela 68 Se não costuma levar o seu familiar a passear fora da instituição, indique as razões

O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente			
Escolaridade do cuidador	O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente		Total
	Sim	Não	
Analfabeto	1	2	3
0-3 Anos	1	1	2
4-8 Anos	1	4	5
Total	3	7	10

Tabela 69 O tempo de contacto que mantém com o seu familiar, considera-o suficiente

Com que frequência visita o seu familiar				
Escolaridade do cuidador	Com que frequência visita o seu familiar			Total
	Diariamente	Em dias alternados	1 Vez por semana	
Analfabeto	1	2	0	3
0-3 Anos	2	0	0	2
4-8 Anos	1	3	1	5
Total	4	5	1	10

Tabela 70 Com que frequência visita a sua família

